This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.....	20	—
Pour l'Europe.....	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
FEB 7 1893
LIBRARY

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXVII

Contenant des travaux de

BUMM, DELAISSEMENT, ENGSTROM, ÉTIENNE, HARTMANN et ALDIBERT, HARTMANN, LABUSQUIÈRE, MALLY, MORE MADDEN, MORIZANI, OUI, PÉAN, PINARD, POLOSSON, QUENU, ROUTIER, SPINELLI.

1892

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

CATALOGUED,
M. J.
2.6.1962.

BOSTON MEDICAL
FEB 7 1893
LIBRARY ASS'N

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1892

A Monsieur le rédacteur en chef des *Annales de gynécologie.*

Mon cher Collègue,

Conformément à la promesse que je vous ai faite lors de mon passage à Paris au mois de novembre dernier, je vous envoie un premier article sur la Symphyséotomie. Ce n'est qu'une statistique des résultats de l'opération pratiquée suivant les règles de l'antisepsie, avec les deux conclusions qui se dégagent nettement des observations cliniques. Du jour où cet article sera publié par les *Annales de gynécologie*, la question de la Symphyséotomie s'imposera, je l'espère, à la discussion internationale. Nous le devrons au professeur Pinard dont le haut patronage nous est un gage de succès (1).

Veuillez agréer, etc.

Dr P. G. SPINELLI.

Naples, le 11 décembre 1891.

(1) Nous publierons dans le prochain numéro des Annales de gynécologie une leçon de M. Pinard sur la symphyséotomie, leçon faite le 7 décembre dernier à la clinique Baudelocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

INSTITUT OBSTÉTRICAL ET GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE NAPLES
DIRIGÉ PAR LE PROFESSEUR O. MORISANI

LES RÉSULTATS DE LA SYMPHYSÉOTOMIE ANTISEPTIQUE A L'ÉCOLE OBSTÉTRICALE DE NAPLES

Par le Dr **P. G. Spinelli.**

Dans cette première note clinique et statistique je me propose de faire connaître les résultats de la symphyséotomie antiseptique telle qu'on la pratique dans notre école obstétricale napolitaine. Ultérieurement je traiterai des indications et de la technique opératoire de la symphyséotomie.

La belle période de la symphyséotomie ne date que de quelques années. Grâce au triomphe des principes rationnels d'indication opératoire formulés et énergiquement défendus par le professeur Morisani, et grâce à l'application rigoureuse de l'antisepsie, les résultats de l'opération ont été constamment favorables pour les mères. Quant aux enfants ils n'ont couru aucun risque du fait de la symphyséotomie ; les risques auxquels ils ont pu être exposés sont exclusivement inhérents aux opérations d'extraction.

Voici un rapide résumé de 24 cas de symphyséotomie antiseptique ; 12 de ces opérations ont été pratiquées à la clinique obstétricale de la Faculté de Naples, dirigée par le professeur O. Morisani ; 5 à la Maternité du grand hôpital des Incurables et 7 en ville.

Je remercie le professeur Morisani, les Drs Novi et Mancusi qui m'ont très gracieusement communiqué leurs observations inédites.

Observation I

(N° 53 du registre de la Clinique de la Faculté. Année scolaire 1887-1888.)

Anna Liquori, 15 ans, primipare, est amenée à la Clinique obstétricale à terme et en travail depuis trois jours. La poche des eaux est rompue depuis 52 heures. Plusieurs tentatives infructueuses de version et de forceps ont été faites en ville.

Température de la parturiente 38°,5. Fœtus vivant, présentant le sommet en position droite, variété transversale avec procidence du bras gauche.

Bassin plat rachitique :

Conjugué de Baudelocque...	16 centimètres
Promonto-sous-pubien.....	8 c. 5
Conjugué vrai.....	7 c.

Date de l'opération : 20 février 1888.

Après avoir essayé vainement de réduire la procidence du bras application de forceps, symphyséotomie, extraction à l'aide de tractions modérées. Délivrance spontanée.

Suture immédiate de la plaie sus-pubienne. Suppuration de deux points de suture. Guérison parfaite et complète.

Garçon vivant du poids de 2,920 gr; diamètre bipariétal 9 c. 2.

Observation II

(N° 35 du registre de la Clinique obstétricale de la Faculté.)

Mazza Concetta, 25 ans, primipare. Grossesse à terme. Fœtus vivant présentant le sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin avec le pelvi-clisiomètre du Dr Lauro :

Conjugué externe de Baudelocque..	18 centimètres.
Diamètre oblique droit.....	20 c. 5.
» oblique gauche.....	20 c.
» entre les deux crêtes iliaques.....	23 c. 5.

Diamètre entre les épines iliaques antérieures et supérieures.....	24 c.
Hauteur de la symphyse pubienne.....	5 c. 3
Inclinaison.....	36°
Épaisseur.....	3 c.
Promonto-sous-pubien (conjugué diagonal).....	8 c. 8
Conjugué vrai.....	7 c.

Date de l'opération : 5 mars 1888. — On fit la symphyséotomie, les membranes étant intactes et la dilatation de l'orifice presque complète; puis on rompit les membranes et le flot amniotique entraîna une anse du cordon qui fut réduite. Après quoi on appliqua le forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 15e jour, l'accouchée quitte son lit.

Garçon vivant du poids de 3,080 gr. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation III

(N° 2 du registre de la Clinique. Année scolaire 1888-1889.)

Anna Giustiniani, 24 ans, primipare. Grossesse à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale.

Bassin plat rachitique :

Conjugué externe de Baudelocque, 16 cent.

Promonto-sous-pubien (conjugué diagonal), 8 c. 1.

Conjugué vrai, 6 c. 6.

Date de l'opération : 28 janvier 1889. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. L'opérée quitte le lit au bout de 12 jours.

Fille vivante du poids de 2,520 gr. Bipariétal, 8 c. 5.

Observation IV

(N° 76 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Mazza Concetta (c'est la femme de l'observation II) entre à la Clinique au terme de sa seconde grossesse. Fœtus vivant. Présentation du sommet, en position gauche, variété transversale.

Date de l'opération : 20 février 1890. — Symphyséotomie ; extraction par la version. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 10e jour l'opérée quitte le lit.

Garçon légèrement asphyxié, ranimé, du poids de 2,600 grammes. Diamètre bipariétal, 9 centimètres.

Observation V

(N° 90 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Vincenza de Siena, 19 ans, primipare. Entrée à la clinique à terme et en travail. Longueur du col, 1 centimètre. Orifice à peine dilaté. Poche des eaux rompue depuis 24 heures ; écoulement par le vagin de liquide amniotique mélangé de méconium. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale. Température de la parturiente, 38°,7.

Conjugué diagonal, 8 c. 8.

Conjugué vrai, environ 7 centimètres.

Date de l'opération : 28 mars 1890. — Après l'emploi des douches de Kiwisch et du colpeurynter de Braun, la dilatation de l'orifice utérin étant incomplète, on pratiqua la symphyséotomie puis l'extraction par la version. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne ; réunion par première intention.

Suites de couches pathologiques traitées avec succès et

enrayées en peu de jours par les injections intra-utérines de sublimé.

Fille vivante née en état d'asphyxie (3e degré), ranimée à l'aide de soins appropriés, mais *morte 12 heures après*. Poids 3,250 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation VI

(N° 115 du registre de la Clinique. Année scolaire 1889-1890.)

Nunziata Connola, 31 ans, reçue à la clinique à terme et en travail. Poche des eaux rompue depuis 20 heures. Fœtus vivant en présentation du sommet, position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué de Baudelocque.....	15 c. 8
Conjugué diagonal.....	9 c. 4
Conjugué vrai.....	7 c. 5

Date de l'opération : 30 mai 1890. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Au bout de 10 jours, la femme quitte la clinique.

Garçon vivant de 3,050 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation VII

(N° 1 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Filomena Gallizia, 35 ans. Reçue à la clinique à terme et en travail. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Mensurations du bassin :

Conjugué externe.....	15 c.
Conjugué diagonal	8 c. 7
Conjugué vrai.....	7 c. 2

Date de l'opération : 12 novembre 1890. — Symphyséotomie et application de forceps; extraction en occipito-sacrée. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. L'opérée quitte le lit le 13e jour.

Garçon vivant du poids de 2,920 grammes. Diamètre bipariétal, 8 c. 5.

Observation VIII

(N° 93 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Concetta di Nacci, 33 ans, primipare. Entrée à la clinique à terme et en travail depuis 4 jours ; poche des eaux rompue artificiellement depuis 7 heures.

Fœtus vivant, présentant le sommet, en position gauche, variété transversale.

Conjugué diagonal, 10 cent.

Conjugué vrai, 8 cent.

Date de l'opération : 22 avril 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches pathologiques. Guérison.

Fille vivante de 3,250 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 5.

Observation IX

(N° 10 du registre de la Clinique. Année scolaire 1890-1891.)

Nunziata Connola (c'est la femme de l'observation VI). Entrée à la clinique à terme et en travail. Membranes intactes. Orifice dilaté comme une pièce de dix centimes. Présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Date de l'opération : 10 juillet 1891. — Symphyséotomie, les membranes étant intactes et la dilatation de l'orifice presque complète ; rupture artificielle des membranes et

application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention de la symphyse. Le 8e jour l'opérée quitte son lit.

Fille vivante du poids de 3,150 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 3.

Observation X

(N° 1 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Concetta Adamo, 32 ans, multipare. Sept grossesses antérieures terminées par des accouchements prématurés spontanés à 7 mois ; tous les enfants morts.

La huitième grossesse évolua normalement jusqu'au terme. On fit la symphyséotomie qui permit d'extraire un enfant vivant. Observation publiée dans la 3e statistique du professeur Morisani. (*Annali di ostetricia e ginecologia*, 1886.)

Entrée à la clinique à terme et en travail (neuvième grossesse). Membranes rompues. Orifice presque complètement dilaté. Fœtus vivant; présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal 8 c. 5.
Conjugué vrai.... 7 c.

Date de l'opération : 25 septembre 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 15e jour l'opérée quitte le lit.

Garçon vivant du poids de 3,500 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c. 7.

Observation XI

(N° 4 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Maria Fisichella, 27 ans, primipare. Entrée à la clinique au terme de la grossesse. Fœtus vivant, présentant le sommet en droite transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué externe de Baudelocque....	15 c.
Diamètre oblique droit.....	21 c.
» oblique gauche.....	22 c. 5
Entre les crêtes iliaques.....	26 c.
Bi-trochantérien.....	30 c.
Entre les épines iliaques.....	26 c. 5
Conjugué diagonal.....	8 c. 5
Conjugué vrai.....	7 c.

Date de l'opération : 20 novembre 1891. Symphyséotomie. Application de forceps au détroit inférieur pour résistance périnéale. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Réunion par première intention. Suites de couches normales,

Garçon vivant de 3,500 grammes. Diamètre biparié-tal, 9 c. 5.

Observation XII

(N° 6 du registre de la Clinique. Année scolaire 1891-1892.)

Antonietta Aiello, 28 ans, III pare.

Deux accouchements prématurés spontanés à 7 mois. Enfants morts.

Entrée à la clinique, au terme de 8 mois, en travail. Membranes intactes. Orifice à peine dilaté. Fœtus vivant. Présentation du sommet en position gauche, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal.... 8 c. 1
Conjugué vrai..... 6 c. 3

Date de l'opération : 28 novembre 1891. — Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Réunion par première intention. Suites de couches normales.

Garçon vivant de 2,100 gr. Diamètre bi-pariétal, 8 c. 5.

Observation XIII

Maria Parnia, 35 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables, à terme. Fœtus vivant; présentation du siège complet.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal.... 8 c. 5
Conjugué vrai..... 7 c.

Symphyséotomie. Extraction normale du fœtus. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Fille vivante.

Observation XIV

Gaëtana Vigliano, 37 ans. Entrée à la Maternité des Incurables, à terme et en travail. Fœtus vivant, occipito-postérieure.

Bassin ostéomalacique. Branches ischio-pubiennes et tubérosités ischiatiques très rapprochées.

Diamètre bi-ischiatique..... 4 c.
Conjugué vrai..... 8 c. 1

Symphyséotomie et application de forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant.

Observation XV

Maria Perozzi, 21 ans, secondipare. Premier accouchement prématuré spontané à 7 mois. Fœtus mort.

Entrée à la Maternité des Incurables au terme de sa 2e grossesse. Fœtus vivant. Présentation du sommet en position droite.

Squelette et bassin considérablement déformés par le rachitisme.

Conjugué diagonal, 8 cent.

Conjugué vrai, 6 c. 7.

Symphyséotomie et application de forceps. Extraction difficile. Délivrance spontanée. Suites de couches légèrement fébriles. Guérison. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant de 5,000 gr. Diamètre bipariétal, 10 c.

Observation XVI

Francesca Spalico, 23 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables presque à terme. Fœtus vivant. Présentation du sommet, occipito-postérieure.

Bassin rachitique. Conjugué vrai, 7 c. 4.

Symphyséotomie et application de forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Garçon vivant.

Observation XVII

Antonia Prelisse, 18 ans, primipare. Entrée à la Maternité des Incurables à terme et en travail. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Bassin rachitique. Conjugué vrai, 7 cent.

Symphyséotomie et application de forceps. Extraction facile. Délivrance spontanée. Suites de couches normales. Réunion par seconde intention de la plaie supra-pubienne.

Fille vivante.

Observation XVIII

Filomena Fiore, 21 ans, primipare, à terme et en travail. Fœtus vivant, présentation du sommet, position droite, variété transversale.

Bassin plat rachitique. Conjugué diagonal..... 8 c. 5
Conjugué vrai..... 7 c.

Opération faite en ville, le 25 août 1887. — Pubiotomie avec la scie à chaîne. Extraction par le forceps. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Guérison rapide.

Garçon vivant, de 3,050 grammes. Diamètre bipariétal, 8 c. 8.

Observation XIX

Lucia Scarpellini, 28 ans, secondipare.

Premier accouchement à terme, céphaloptrisie.

Seconde grossesse à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet en position droite, variété transversale.

Mensurations du bassin :

Conjugué de Baudelocque.....	19 c.
Épaisseur de la symphyse.....	4 c.
Hauteur de la symphyse.....	5 c.
Inclinaison.....	55°
Conjugué diagonal.....	10 c.
Conjugué vrai.....	6 c. 5

Opération pratiquée en ville, le 16 août 1888. — Symphyséotomie et extraction par la version. Délivrance spontanée. Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés. Le 12e jour, l'accouchée quitte le lit.

Garçon vivant, de 3,240 grammes. Diamètre bipariétal de 9 c. 2.

Observation XX

Filomena Fiore (c'est la femme de l'observation XVIII), IIpare, à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet, en position droite, variété transversale. Membranes rompues depuis une heure.

Date de l'opération (faite en ville) : 2 mai 1889. — Symphyséotomie et extraction par le forceps, appliqué avant l'incision de la symphyse. Délivrance spontanée. Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales.

Fille vivante de 3,160 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c.

Observation XXI

Maria Protaro, 22 ans, IIpare.

Premier accouchement terminé par embryotomie céphalique.

Seconde grossesse, à terme; fœtus vivant présentant le sommet, en position droite, variété transversale.

Mensurations du bassin : Conjugué diagonal... 9 c. 3.
Conjugué vrai..... 7 c. 8.

Date de l'opération (faite en ville) : 12 septembre 1889.

Application de forceps; tentatives infructueuses d'extraction.

Symphyséotomie puis extraction facile. Délivrance spontanée.

Suture de la plaie supra-pubienne. Suites de couches normales. Réunion par première intention des pubis divisés.

Le 8e jour, la femme quitte le lit.

Garçon vivant de 3,320 grammes. Diamètre bipariétal, 9 cent.

Observation XXII

La même Protaro, IIIpare, est opérée de nouveau de la symphyséotomie le 18 février 1891. Fœtus vivant, présentant le sommet en position gauche, variété transversale. Extraction à l'aide du forceps. L'opérée quitte le lit le 7e jour.

Fille vivante, de 3,070 grammes. Diamètre bipariétal, 9 c.

Observation XXIII

Maddalena Tomas, 24 ans, primipare, à terme. Fœtus vivant, présentant le sommet.

Traces évidentes de rachitisme sur tout le squelette, spécialement aux membres inférieurs. Impossibilité de mesurer le conjugué diagonal, le rapprochement des branches ischiopubiennes ne permettant pas l'introduction du doigt. On ne peut explorer non plus le col de l'utérus. Le maximum du

rétrécissement porte sur le diamètre bi-ischiatique qui mesure 3 c. 2.

Date de l'opération (faite en ville) : 13 juin 1891. — Symphyséotomie. Application de forceps infructueuse. Extraction par la version. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Réunion par première intention de la plaie opératoire.

Fille vivante de 2,950 grammes. Diamètre bipariétal, 8 c. 7.

Observation XXIV

Anna Tarantino, 35 ans, multipare. Cinq grossesses à terme, accouchements spontanés. Sixième grossesse terminée par une application de forceps.

A terme de sa 7e grossesse et en travail.

Bassin ostéomalacique : Conjugué vrai, 6 c. 9.

Date de l'opération : 4 mai 1890. — Application de forceps infructueuse. Symphyséotomie. Extraction difficile. Délivrance spontanée. Suites de couches normales.

Garçon vivant, bien développé.

Voici donc 24 opérations de symphyséotomie avec 24 résultats favorables pour la mère et 23 pour l'enfant.

L'enfant qui a succombé, extrait par la version, était en état d'asphyxie très prononcée. Il fut ranimé par les moyens appropriés, mais succomba 12 heures plus tard.

Les observations qui précèdent prouvent :

1° *Qu'un fœtus à terme et bien développé peut traverser grâce à la symphyséotomie un bassin vicié dont le conjugué vrai mesure au moins 65 millim., c'est-à-dire un bassin pour lequel les accoucheurs de tous pays conseillent et pratiquent l'embryotomie ou l'opération césarienne.*

2° *Qu'une femme dont le bassin est vicié peut subir impunément la symphyséotomie, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement et dans les limites ci-dessus indiquées.*

Par cette première statistique constamment favorable, je crois avoir : 1° établi en faveur de la symphyséotomie une base sérieuse et positive de foi et de crédit ; 2° fait ressortir au point de vue historique l'importance de l'œuvre accomplie

par le professeur Morisani qui, seul pendant tant d'années, a prôné et pratiqué une opération abandonnée par tous les accoucheurs ; 3° préparé et fait sentir le besoin d'une discussion plus large de cette opération au profit de la pratique obstétricale.

Aujourd'hui, au point où en est la symphyséotomie, l'indifférence ou la négligence des accoucheurs ne sont plus justifiées ; elles deviennent coupables.

ÉTUDE SUR LES PRINCIPALES MÉTHODES DE PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Par le Dr **Oui**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux. (1)
(Suite).

Procédé de Krause combiné avec l'emploi des sacs violons de Barnes.

Nous n'avons pu réunir que deux observations où les sacs violons de Barnes aient été employés pour aider à la dilatation de l'orifice utérin, après la provocation du travail par l'introduction d'une bougie.

Dans ces deux observations, que nous donnons résumées, il est noté que les sacs de Barnes introduits dans l'orifice utérin, sont tombés dans le vagin très rapidement, sans avoir été d'une utilité réelle. En effet, il est facile de constater que lorsqu'on gonfle un sac de Barnes, l'étranglement qui existe à la partie moyenne disparaît à mesure que la distension devient plus considérable, et que, lorsque cette distension est poussée au maximum, on n'a plus en réalité qu'un réservoir cylindrique, qui glisse aussitôt placé dans l'orifice utérin.

En réalité, les sacs-violons de Barnes n'ont donc qu'une efficacité très contestable. Si, de plus, on considère qu'ils ont

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, n° de décembre 1891, p. 401.

été employés dans les cas où la bougie de Krause ne suffisait pas pour faire marcher le travail assez rapidement, il n'y aura pas lieu de s'étonner des résultats plus que médiocres obtenus par l'association de ces deux méthodes.

Obs. VII. (Registres de la Clinique.) Résumée. — Jeanne S..., 22 ans. Secondipare. Entre à la Clinique le 2 juin 1889, enceinte de 7 mois.

Son premier accouchement, qui date du 24 juillet 1887, s'est effectué à la Clinique, et a dû être terminé par une basiotripsie, la tête n'ayant pu dépasser la partie supérieure de l'excavation.

Cyphose dorsale, bassin asymétrique, la crête iliaque droite est environ de 3 centim. plus élevée que celle du côté gauche, le trochanter gauche est plus saillant que le droit. L'angle sacro-vertébral n'est pas accessible. Saillie extrêmement marquée des épines sciatiques. L'épine sciatique droite s'avance presque sur la ligne médiane de l'excavation. Diamètre bi-ischiatique 5 centim. 1/2. En résumé, bassin asymétrique formant un entonnoir à rétrécissement très rapide.

Le 2 juin à 9 heures du matin, introduction d'une bougie n° 16 dans l'utérus. Présentation du siège. Version par manœuvres externes pour ramener le fœtus en présentation du sommet.

Le travail marche très lentement malgré l'introduction des ballons de Barnes et les irrigations chaudes sur le col. Entre temps, la présentation du siège se reproduit.

Dilatation complète le 6 juin au soir seulement et extraction très pénible du fœtus. Le dégagement de la tête dernière offre les plus grandes difficultés. L'enfant naît à 10 heures du soir, ayant encore quelques légers frémissements cardiaques. Il ne peut être ranimé.

Poids, 1,850 gr. Diamètre, B.P. 7,5.

Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Durée totale du travail, 109 heures.

Obs. VIII. (Registres de la Clinique.) Résumée. — Marguerite B.., 20 ans, ménagère. Entre à la Clinique enceinte de 8 mois. Cette femme a déjà eu, il y a deux ans, une grossesse terminée à 8 mois. Le travail ayant été très long et terminé par une application de forceps au détroit supérieur, on conseilla à cette femme de ne pas laisser arriver à terme une nouvelle grossesse.

A son entrée, on diagnostique une grossesse de 8 mois, enfant vivant, se présentant par le sommet en O.I.D.T. Tête élevée. Lésions rachitiques multiples. Incurvation très prononcée des fémurs et des tibias. Diamètre P.P.M. 8 cent. 1/2.

Le 22 mai à 5 heures du soir, introduction d'une sonde n° 18. Quelques douleurs lombaires, pas de contractions utérines.

Le 23 mai à 8 heures du matin, introduction d'une seconde sonde. Quelques contractions utérines. La dilatation marche avec une très grande lenteur, malgré l'emploi des sacs violons de Barnes, et le travail ne se termine que le 24 mai à cinq heures 1/2 du soir.

L'enfant, du sexe masculin, pesant 2,600 grammes, naît en état de mort apparente. Il est ranimé après un quart d'heure de soins. Son diamètre B.P. mesure 8 cent. 5. Durée totale du travail : 48 heures.

Délivrance normale. Suites de couches absolument apyrétiques.

Nos deux observations peuvent se résumer ainsi :

Durée du travail.

Dans le 1er cas, 109 heures ;

Dans le 2e cas, 48 heures.

La moyenne de la durée de l'accouchement serait donc de 78 heures 1/2.

Dans les deux observations, la santé des mères est restée excellente pendant les suites de couches.

Quant aux enfants, l'un s'est présenté par le sommet, l'autre par le siège.

Celui qui se présentait par le siège a succombé pendant l'extraction de la tête.

Emploi du ballon excitateur du professeur Tarnier.

La méthode du professeur Tarnier consiste essentiellement à introduire dans la cavité utérine, à l'aide d'un conducteur métallique, un tube en caoutchouc d'un diamètre peu considérable, dont l'extrémité est gonflée ensuite à l'aide d'une solution antiseptique, et prend alors le volume et à peu près la forme d'une petite orange.

Le ballon ainsi formé, vient reposer sur l'orifice interne du

col, excite les contractions utérines, qui l'expulsent peu à peu dans le vagin. Pour retarder cette expulsion, et par conséquent pour prolonger l'action excitatrice du ballon, il est bon de placer dans le vagin, en contact avec le col de l'utérus un tampon iodoformé, qui a en outre l'avantage d'exciter également les contractions utérines.

Les reproches adressés à cette méthode n'ont qu'une très légère importance. Les ballons que nous avons employés ne se sont jamais rupturés. L'antisepsie instrumentale est facile à réaliser. Les complications telles que rupture des membranes, décollement placentaire sont extrêmement rares; les contractions utérines se produisent en général assez rapidement.

Le seul argument sérieux à invoquer, est que, souvent, après l'expulsion du ballon, le travail s'arrête, ou que les contractions utérines deviennent insuffisantes. Nous verrons plus loin que, dans ce cas, le ballon de Champetier peut être de la plus grande utilité.

Obs. IX. (Service du Dr Lefour.) Résumée. — Marie P..., primipare. Bassin plat rachitique canaliculé. Diamètre P.P.M. 8 1/2.

Grossesse de 8 mois 1/2. Sommet O.I.G.A.

Introduction du ballon de Tarnier le 30 juillet 1891 à 11 heures du matin. Les contractions utérines débutent presque aussitôt. Effacement complet du col dans la nuit du 30 au 31 juillet.

Le 31 à 11 heures du matin, dilatation de deux francs. On retire le ballon, pour en introduire un second. Cette manœuvre provoque la rupture des membranes.

A onze heures du soir, dilatation complète, la tête repose sur le plancher périnéal.

La rotation faisant défaut, application du forceps Tarnier le 1er août à une heure du matin.

Incision du périnée, suivie de suture.

Enfant du sexe masculin, vivant, pesant 2,800 gr.

Diamètre B.P. 8 centim. 5.

Délivrance normale, suites de couches apyrétiques.

Durée du travail, 38 heures.

Obs. X. (Service du Dr Lefour.) Résumée. — Louise M..., primipare. Bassin plat rachitique, rétrécissement annulaire. Diamètre P.P.M. 9 centim.

Grossesse de 8 mois 1/2. Sommet O.I.G.A.

Introduction du ballon de Tarnier le 11 août à 11 heures du matin. Les contractions utérines s'éveillent immédiatement. A huit heures du soir, dilatation presque palmaire; à 9 heures, dilatation complète, rupture des membranes, et expulsion très rapide d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 2,700 gr. et dont le diamètre P.B. mesure 8 centim. 1/2.

Délivrance naturelle, complète. Suites de couches apyrétiques. Durée du travail, 10 heures.

Obs. XI. (Personnelle. Recueillie à la Clinique et résumée.) — Augustine S..., 31 ans. Entrée à la Clinique le 12 septembre 1891.

Trois grossesses antérieures; 1re grossesse terminée par un accouchement à terme, facile. Enfant petit; 2e grossesse, accouchement à terme; 60 heures de travail, extraction par le forceps d'un enfant volumineux; 3e grossesse : accouchement naturel à terme. L'enfant est plus petit que le premier.

La femme étant nourrice au moment où elle est devenue enceinte, on ne peut se baser pour apprécier le début de sa grossesse sur la disparition des règles. Elle croit être enceinte des premiers jours de janvier, et le volume de l'utérus semble répondre à une grossesse de 8 mois.

Présentation de l'épaule droite en A.I.G. La tête est très rapprochée du détroit supérieur. Le diamètre promonto-pubien minimum est évalué après mensuration digitale à 8 centimètres. En résumé, bassin plat rachitique; le rétrécissement est annulaire. Le 25 septembre, après les précautions antiseptiques préliminaires d'usage, on provoque l'accouchement.

Le col, très ramolli, admet la pulpe du doigt; mais nous ne pouvons pas arriver à introduire le ballon de Champetier de Ribes. Nous nous décidons alors pour le ballon excitateur de Tarnier, qui est introduit facilement et gonflé avec 60 grammes d'eau phéniquée. Tampon iodoformé dans le vagin. Il est à ce moment 10 heures du matin.

Jusqu'à cinq heures, pas de contractions utérines, le col ne s'est ni effacé ni ouvert.

A ce moment, les contractions utérines se rapprochent. Elles sont d'emblée très vigoureuses et très fréquentes.

A 10 heures du soir, le col n'est pas encore complètement effacé ; mais il est assez largement ouvert.

A 2 heures du matin, le 26 septembre, on constate l'effacement complet et une dilatation de 4 centimètres environ. Le ballon est expulsé dans le vagin. Les contractions utérines, très fréquentes, empêchent de pratiquer le palper. Au toucher, on trouve une poche des eaux extrêmement saillante, très tendue, et on ne peut atteindre aucune présentation.

A 4 heures 1/2 rupture spontanée des membranes, la dilatation étant palmaire. On constate alors l'engagement progressif d'un siègle complet en S.I.G.A. A 5 heures 1/2, dilatation complète et expulsion du siège. La tête est retenue au détroit supérieur, et la sage-femme de service n'arrive qu'avec peine à l'extraire par la manœuvre de Champetier de Ribes.

L'enfant naît asphyxié : mais il est ranimé assez facilement. C'est une fille pesant 3 kilogrammes. Le diamètre B.P. mesure 9 centim. 2. La tête est peu ossifiée : les sutures et les fontanelles sont très larges.

Délivrance naturelle rapide. Suites de couches apyrétiques.

Durée totale du travail, 20 heures.

Le travail dans les trois observations que l'on vient de lire, a été rapide, du moins en général, puisque la durée totale de l'accouchement a été en moyenne de 29 heures et quelques minutes.

Les mères n'ont eu à souffrir d'aucune complication, et leurs suites de couches ont été absolument normales.

Quant aux enfants, deux se sont présentés par le sommet, et un par le siège.

Tous les trois sont nés vivants et ont vécu ; l'un d'eux a dû être extrait par le forceps.

Emploi successif de procédés de Krause et de Tarnier, et du ballon de Champetier.

Dans le seul cas que nous possédions, où il nous a été

impossible de faire pénétrer d'emblée le ballon Tarnier, nous voyons le travail durer 35 heures.

C'est seulement au bout de 8 heures que les contractions utérines provoquées par la bougie, ont eu suffisamment entr'ouvert le col pour permettre d'introduire le ballon du professeur Tarnier. Celui-ci, après être resté 13 heures en place, n'avait pas encore amené l'effacement complet du col ; mais avait produit cependant une déhiscence suffisante pour que nous puissions mettre en place le ballon Champetier. Malgré une faute que nous avons commise, et qui a retardé son action, ce ballon a permis de terminer l'accouchement en 14 heures.

Il a, en revanche, produit une mutation de présentation. Le sommet a fait place au siège, dans l'aire du détroit supérieur.

L'enfant est né vivant et a vécu ; mais il a fallu une application de forceps dans l'excavation pour terminer l'accouchement.

Les suites de couches ont été normales.

Obs. XII. (Personnelle. Recueillie à la Clinique). — Jeanne L..., 33 ans, bergère, primipare, entrée à la Clinique le 14 juin 1891.

Cette femme, absolument inintelligente, répond fort mal aux questions qui lui sont posées. Aussi est-il impossible d'obtenir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels.

La menstruation s'est établie chez elle à 17 ans, et cette fonction s'est toujours régulièrement accomplie. Elle affirme être devenue enceinte vers le 1er novembre 1890. Elle serait donc enceinte d'environ 7 mois 1/2.

Examinée au moment de son entrée, cette femme nous paraît en bonne santé. Elle est de petite taille (1 m. 34) ; mais paraît extérieurement bien conformée. La colonne vertébrale est droite. Seuls, les tibias sont légèrement incurvés. Le bassin examiné semble généralement rétréci ; tous ses diamètres sont diminués de longueur ainsi que le montrent les mensurations externes que nous pratiquons.

Nous nous bornerons à retenir les dimensions suivantes, qui nous paraissent être les plus importantes.

Diamètres :	Promonto-pubien minimum.....	7 cent.
	Coccy-pubien.....	7 cent. 2
	Bi-ischiatique.....	7 cent. 5

Présentation du siège non engagé et très mobile, en position S.I.D.P. Maximum des bruits du cœur à droite et en arrière, sur la ligne de l'ombilic.

Du 14 au 18 juin, lavages du vagin avec une solution de sublimé au 1/2000, et tamponnements iodoformés.

Le 18 juin, à 9 heures du matin, on transforme, à l'aide de la version par manœuvres externes, la présentation du siège, en présentation du sommet O.I.G.T. Application d'une ceinture pour maintenir la présentation.

L'orifice du col étant très peu perméable, on renonce à placer du premier coup, un ballon excitateur de Tarnier. Une bougie en gomme préalablement désinfectée avec le plus grand soin est introduite, à 9 heures du matin, mais avec une certaine difficulté dans la cavité utérine. Son extrémité est ensuite arrêtée dans le vagin, avec un tampon iodoformé. La femme ne souffre presque pas dans la journée. Elle a seulement quelques légères coliques. Cependant, un début de travail s'est produit. Le col s'est légèrement effacé ; il est perméable dans toute son étendue, et le doigt arrive facilement jusque sur les membranes. On introduit à 5 heures de l'après-midi un ballon de Tarnier qui est gonflé avec 60 gr. d'eau phéniquée, et qui vient alors reposer sur l'orifice interne. Les contractions utérines deviennent un peu plus fréquentes mais restent faibles.

Le lendemain, à 8 heures du matin, le ballon de Tarnier est expulsé dans le vagin. Le col n'est pas encore complètement effacé. L'introduction de la bougie de Krause et du ballon Tarnier a nécessité l'emploi du chloroforme qui a seul permis de maintenir cette femme dans l'immobilité indispensable.

Cette femme, très indocile, a profité d'un défaut de surveillance pour défaire sa ceinture, et se lever. Aussi constatons-nous que la présentation du siège s'est reproduite. Mais cette fois, il nous est impossible de faire la version par manœuvres externes.

Nous introduisons alors facilement, la femme ayant été au préalable anesthésiée, un ballon de Champetier de Ribes, et nous le

gonflons avec 450 grammes d'eau phéniquée. Son collet se trouve alors bien en rapport avec la partie la plus interne du col. Cependant, les douleurs restent vagues, peu fréquentes, et le soir, à cinq heures, le travail n'a pas sensiblement avancé. Nous pensons alors que le fond du ballon, qui dépasse le détroit supérieur, est retenu au niveau de ce détroit, ce qui empêche la partie rétrécie de venir peser sur le segment inférieur. Nous enlevons environ 80 grammes de liquide. Presque immédiatement, les douleurs deviennent beaucoup plus fortes et plus rapprochées.

A 9 heures, le ballon est expulsé. La dilatation est presque complète. La présentation n'est pas engagée, et le doigt ne peut l'atteindre. Le palper ne peut nous éclairer. Les contractions utérines le rendent impossible. Pensant toujours avoir affaire à une présentation du siège, nous rompons les membranes avec l'intention d'abaisser un membre inférieur dans le vagin; mais, aussitôt après la rupture des membranes, la présentation s'abaisse, et vient s'appliquer sur le détroit supérieur. Nous constatons alors un sommet en O.I.G.T. La tête s'engage peu à peu, et à 10 h. 1/2, elle se trouve en rapport avec le détroit inférieur, en O.I.G.A. Mais à partir de ce moment, elle ne progresse plus, et peu à peu, nous entendons faiblir les bruits du cœur fœtal.

A onze heures du soir, M. le professeur Moussous décide une application de forceps, pour laquelle il se sert du petit instrument de Pajot. L'application est très pénible. L'étroitesse du détroit inférieur ne permet de placer que deux doigts à côté de la tête, pour guider les branches du forceps. Aussi, n'est-ce qu'après plusieurs tentatives, que l'articulation arrive à se faire normalement. La rotation se fait facilement; mais il faut des tractions extrêmement vigoureuses pour amener et dégager la tête à la vulve. Rien de spécial dans le dégagement du tronc. L'enfant, du sexe masculin, naît un peu étonné mais est facilement ranimé. Il pèse 1,500 gr.

Diamètres de la tête :

O.M..	10 cent.	S.O.B.	8 cent.
O.F..	9	B.P...	7.5
Max..	10.5	B.T..	6.5

La tête a été très comprimée, car, 24 heures après l'accouchement, l'occipital est encore enfoncé sous les pariétaux. La délivrance s'effectue normalement. Les suites de couches ont été excellentes, sans élévation de température.

Durée totale du travail, 35 heures. Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 14 heures.

Introduction successive du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Dans un certain nombre de cas, analogues à celui que nous venons de rapporter, le travail provoqué par le ballon Tarnier marche lentement ; les contractions sont peu vigoureuses, et la dilatation de l'orifice utérin reste à peu près stationnaire.

Dans ces cas, l'introduction dans l'utérus du ballon de Champetier peut donner et donne en général lieu à une suractivité des contractions utérines. De plus, la pression qu'il exerce sur tout le pourtour de l'orifice utérin vient encore aider puissamment à la dilatation, et ce procédé peut permettre de terminer rapidement un accouchement qui, autrement, aurait traîné en longueur au grand détriment de la mère et de l'enfant.

Nous connaissons les critiques qui ont été faites à ce procédé : Difficulté d'introduction dans l'utérus d'un corps aussi volumineux ; décollement possible du placenta ; rupture des membranes ; provocation de mutations dans les présentations.

Dans le cas qui nous occupe actuellement, on n'éprouva aucune difficulté à introduire le ballon Champetier, le col s'étant déjà ouvert suffisamment sous l'influence des premières contractions utérines.

Dans l'observation XIII, la femme fut anesthésiée ; mais ce fut là surtout une précaution, car nous n'avions fait aucune tentative d'introduction avant de donner le chloroforme. Dans l'observation XIV, la femme qui n'avait pas respiré de chloroforme, n'accusa absolument aucune douleur au moment de notre intervention.

Quant au décollement du placenta, il est possible ; mais, comme l'ont déjà fait remarquer MM. Pinard et Champetier

de Ribes, le ballon en se gonflant se transforme en un excellent tampon intra-utérin qui arrête l'hémorrhagie d'une façon certaine. Ce fait peut être constaté facilement dans l'observation XIV.

Pour notre part, nous n'avons pas eu à observer une seule fois la rupture des membranes. Nos manœuvres auraient-elles d'ailleurs amené ce résultat que nous nous en serions fort peu occupé, car, en ce cas encore, le ballon en fermant l'orifice utérin, eût empêché sinon complètement, au moins très suffisamment, l'écoulement du liquide amniotique.

Quant aux mutations de présentations, elles se produisent en effet fréquemment, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en lisant nos observations. Mais si elles semblent imputables dans un certain nombre de cas au ballon Champetier, on ne saurait les lui attribuer toutes, car elles se produisent dans d'autres circonstances, notamment pendant l'accouchement physiologique.

C'est ainsi que dans l'observation XII, une mutation s'était déjà produite avant l'introduction du ballon Champetier, et si le fœtus a évolué de nouveau après la mise en place du ballon, celui-ci ne peut guère en être rendu absolument responsable.

Au contraire, dans l'observation XIV, la mutation qui s'est effectuée, substituant un siège à un sommet, semble devoir être attribuée au ballon Champetier.

On remarquera dans les deux observations XIII et XIV, que le ballon Champetier a permis, dans un cas, la terminaison en 5 h. 1/2, d'un travail qui, sous l'influence du ballon Tarnier, n'avait produit en 14 heures qu'un effacement incomplet du col, avec une dilatation d'environ deux francs. Dans le second cas, le résultat a été moins rapide, puisque l'expulsion du fœtus n'a eu lieu que 25 heures après l'introduction du ballon, mais nous ferons remarquer combien la dilatation de l'orifice utérin était rendue difficile par les tissus cicatriciels et fongueux, qui l'encombraient. Nous sommes convaincu que le travail eût été plus long encore, si nous l'avions

laissé marcher seul après l'expulsion du ballon Tarnier. Encore faut-il noter que par suite d'une rupture le ballon Champetier a été expulsé sans avoir produit la dilatation complète.

En résumé, réunissant ces deux cas, nous obtenons une moyenne de 30 heures pour la durée du travail.

Un enfant est mort; il se présentait par le siège (observation XIV), après s'être primitivement présenté par le sommet.

Les suites de couches ont été excellentes.

Obs. XIII. (Personnelle. Recueillie à la Clinique.) — Marie C..., âgée de 30 ans, journalière, entre à la Clinique le 11 juin 1891.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires. Elle a été atteinte de rougeole à 8 ans, de la variole à 28 ans.

Elle ignore comment elle a été nourrie, et à quel âge elle a marché. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 15 ans. Depuis, elle a toujours été régulière.

Première grossesse en 1884. L'accouchement fut laborieux. Le travail dura trois jours, bien que la grossesse ne fût que de huit mois, et, de l'inertie utérine s'étant produite à la fin, la sage-femme administra à la parturiente de l'ergot de seigle, avant l'expulsion de l'enfant, qui naquit vivant.

Deuxième grossesse en 1889, terminée par un accouchement à terme le 14 mars. Travail extrêmement pénible, qui ne peut se terminer que par une crâniotomie pratiquée par le professeur Moussous.

Les dernières règles ont apparu le 27 septembre 1890. La grossesse remonterait donc à environ 7 mois et demi. Au début, vomissements fréquents, puis bronchite qui a beaucoup fatigué la malade. Pas d'autres troubles à signaler.

A son entrée, état général satisfaisant. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tête se trouve en rapport avec le détroit supérieur. Elle n'est pas engagée, et reste très mobile. Le front est à gauche, l'occiput à droite. Le siège occupe l'hypochondre gauche. Le maximum des bruits du cœur se trouve à droite, au niveau de l'ombilic.

Le toucher fait constater un col déhiscent, mais ayant toute

sa longueur. Les membranes sont intactes ; la présentation reste trop élevée pour pouvoir être atteinte. Le promontoire est facilement accessible. La mensuration digitale donne 8 centim. comme dimension du diamètre promonto-pubien minimum.

Le professeur Moussous décide de provoquer dans la journée même l'accouchement prématuré.

Le 11 juin, à six heures du soir, après de rigoureuses précautions antiseptiques, le professeur Moussous introduit dans l'utérus un ballon excitateur de Tarnier, dans lequel on injecte environ 50 grammes d'eau phéniquée. Le contact du ballon avec l'orifice interne, provoque rapidement des contractions utérines qui se produisent assez fréquemment jusqu'à onze heures du soir. A ce moment, le calme survient, et la femme s'endort.

Le lendemain, à huit heures, on trouve le ballon de Tarnier dans le vagin. Le col, bien qu'incomplètement effacé, a une dilatation d'environ deux francs. Cette dilatation étant suffisante, nous anesthésions la malade par le chloroforme, et introduisons dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, dans lequel nous injectons environ 400 grammes d'eau. A partir de ce moment, les contractions utérines renaissent plus vives et plus fréquentes, et le travail avance rapidement.

A une heure un quart, le ballon est expulsé spontanément. Le col complètement effacé offre une dilatation presque palmaire. Il est dilatable. La poche des eaux bombe fortement dans le vagin. Nous rompons immédiatement les membranes, et aussitôt, la tête vient pointer au détroit supérieur. En moins de vingt minutes, elle se dégage à la vulve. Son engagement et son expulsion ont été si rapides, qu'elle n'est pas déformée, et présente tout à fait la forme de la tête d'un enfant né en présentation du siège.

Enfant du sexe féminin.

Poids	2750 gr.
Longueur	48 centim.
Diamètres : B.P	8 cent. 2
B.T	7 cent. 3

Délivrance naturelle, rapide. Suites de couches absolument apyrétiques.

Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 5 heures 1/2.

Durée totale, 19 heures 1/2.

Obs. XIV. (Personnelle. Recueillie à la clinique.) — Marie C..., 30 ans, multipare, est entrée à la Clinique le 22 juin 1891.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Elle a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 22 mois. Elle a commencé à marcher à 11 mois, et depuis lors, elle a toujours fort bien marché. A 5 ans, elle a eu la rougeole. A 8 ans, commencèrent des palpitations de cœur qui persistèrent jusqu'à 13 ans, époque où la menstruation s'établit. La menstruation a toujours été régulière, facile, abondante.

A 15 ans, elle se marie. Son premier accouchement a lieu 18 mois après son mariage, terminant une grossesse de 7 mois 1/2 ou 8 mois. Au bout de 24 heures, le travail se termine par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant.

Les suites de couches sont normales.

La deuxième grossesse survient 7 ans après la première. L'accouchement a lieu à terme ; le travail dure 3 jours. Expulsion spontanée d'un enfant vivant, mais qui meurt 2 jours après. Suites de couches normales.

Deux ans après, troisième grossesse. Le travail dure encore trois jours, et se termine par une application de forceps. L'enfant était mort pendant le travail.

Deux ans s'écoulent encore, puis une quatrième grossesse se produit, et arrive à son terme. Une application de forceps ne suffit pas pour extraire l'enfant. Il faut en venir à la céphalotripsie.

Dès le lendemain de cette intervention, la femme s'aperçut que l'urine s'écoulait constamment par le vagin. Cet écoulement de l'urine demeura continu pendant 2 mois. Puis, il y eut une certaine amélioration, et la femme put retenir son urine un certain temps, sans qu'elle s'écoulât par le vagin.

C'est dans ces conditions qu'elle devint enceinte pour la cinquième fois, au mois de novembre 1890. Depuis ce moment, les urines recommencèrent à s'écouler plus fréquemment par le vagin, et l'écoulement devint bientôt permanent.

C'est alors que sur le conseil de son médecin, elle vint à la Clinique consulter M. le professeur agrégé Rivière, qui remplaçait alors le professeur Moussous. Nous étions au mois de mars. Le Dr Rivière après l'avoir examinée, et avoir constaté une fistule utéro-vésico-vaginale, et un rétrécissement très marqué du bassin, lui donna le conseil de revenir au mois de juin, pour qu'on provoquât à ce moment l'accouchement prématuré.

Examen de la femme. Femme de petite taille, présentant un état de santé générale satisfaisant. Colonne vertébrale droite. Incurvation légère des tibias. L'utérus remonte à mi-distance entre l'ombilic et l'épigastre. Au palper, on constate très nettement une présentation du sommet en O.I.G.T. La tête, très élevée, est mobile au détroit supérieur. Le maximum des bruits du cœur fœtal s'entend à gauche, au niveau de l'ombilic. Par le toucher, on constate dans le cul-de-sac antérieur, une masse de tissus fongueux au milieu desquels on retrouve l'orifice de la fistule vésicale. Ces fongosités masquent presque complètement l'orifice du col, dont la lèvre antérieure a disparu. Seule, la lèvre postérieure a résisté. Elle a toute sa longueur et est très ramollie. On arrive facilement sur le promontoire. La mensuration digitale donne, déduction faite, 7 c. 7 pour dimension du diamètre promonto-pubien minimum.

Le 22 juin, à 5 heures de l'après-midi, la malade ayant reçu plusieurs injections vésicales antiseptiques, et un lavage complet du vagin ayant été fait avec une solution de sublimé au 1/2000, nous introduisons dans l'utérus un ballon excitateur de Tarnier, dans lequel nous injectons 50 grammes d'eau phéniquée. L'introduction du conducteur est assez difficile, car on se perd au milieu des tissus fougueux qui encombrent l'orifice utérin, et qui saignent très facilement. Le ballon une fois gonflé, vient reposer sur l'orifice interne, le seul d'ailleurs qui existe actuellement.

Le lendemain, à 9 heures du matin, nous trouvons le ballon de Tarnier presque entièrement sorti de l'orifice utérin. La lèvre postérieure du col a gardé presque toute sa longueur. La dilatation a atteint le diamètre d'une pièce de deux francs. Le ballon de Tarnier étant retiré, nous introduisons alors, sans difficultés, le ballon de Champetier de Ribes dans la cavité utérine. Bien que non anesthésiée, la malade ne manifeste pas de douleur. A ce moment, il se produit une hémorrhagie assez abondante, et il s'écoule au dehors environ 200 grammes de sang rouge vermeil. Cette hémorrhagie s'arrête aussitôt le ballon gonflé et la pince retirée. Dans la journée et dans la nuit, les contractions utérines sont faibles, et le travail n'avance que très lentement. Cependant, le 24 juin au matin, le ballon descend dans l'excavation, et l'orifice utérin atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. A 9 heures 1/2, sous l'influence d'une traction exercée par la femme, le tube de

remplissage du ballon se rompt, et toute l'eau s'écoule au dehors. Une forte contraction l'expulse. A ce moment, les membranes sont rompues, et nous constatons au lieu de la présentation du sommet très nettement constatée au moment de la mise en place du ballon, une présentation du siège complet, en S.I.D.A. La dilatation se complète rapidement, et le siège descend dans l'excavation. A 10 heures 1/2, il se dégage à la vulve. Mais, aussitôt l'extrémité pelvienne expulsée, les contractions cessent presque complètement. Les pulsations du cordon diminuent rapidement de fréquence et de force, et l'enfant fait une inspiration. Nous procédons alors à des tractions, pendant qu'un aide presse fortement sur le front à travers la paroi abdominale. Les bras qui se sont elevés le long de la tête, sont assez facilement dégagés; mais le crâne est retenu au détroit supérieur. Grâce à l'emploi du procédé de Champetier de Ribes, la tête est extraite sans grosses difficultés. L'enfant, du sexe féminin, nait en état d'asphyxie. Il est ranimé assez vite par l'emploi du procédé de Schultze, les frictions d'alcool et les bains chauds.

Il pèse 1,750 grammes et est long de 46 centim.

Diamètres de la tête :

O.M.....	10,5	S.O.F.....	9,5
O.F.....	10	S.O.M.....	8,5
Maxim.....	10,5	B.P.....	8
S.O.B.....	8,5	B.T.....	6,5

Délivrance rapide, membranes complètes. La rupture des membranes s'est faite à 4 centim. du bord placentaire. Au niveau de ce bord, nous trouvons un gros caillot noir adhérent et un cotylédon légèrement déchiré.

L'enfant est mort 5 heures après l'accouchement. L'autopsie a été faite. Les poumons avaient parfaitement respiré. Nous n'avons trouvé comme lésions qu'une légère ecchymose sous-péricardique, des ecchymoses assez considérables sous la partie du cuir chevelu recouvrant le pariétal droit, qui était le pariétal antérieur. Enfin, il existait une vaste hémorrhagie des méninges, surtout au niveau de l'hémisphère cérébral droit. Durée totale du travail, 41 heures.

Durée du travail à partir de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, 25 heures.

Ballon Champetier employé seul.

Quand le col utérin est assez souple, quand le canal cervical est déhiscent, il est possible et même facile de faire pénétrer dans l'utérus le ballon Champetier.

Les deux observations (XV et XVI) que nous rapportons plus loin en font foi; cette introduction ne nécessite pas l'anesthésie.

Les contractions utérines ont, dans ces deux cas, apparu rapidement. Dans le premier, la dilatation était de plus de cinq francs 11 heures après la mise en place du ballon, et si l'accouchement ne s'est fait qu'après une durée totale de 33 heures de travail, cette prolongation est due à ce que nous n'avons pas rompu la poche des eaux aussitôt après l'expulsion du ballon. Dans le second cas, la dilatation et l'accouchement se sont effectués en 5 heures.

Nous devons cependant faire remarquer les syncopes qui se sont produites au début du travail, dans l'observation XV. Ces accidents nous semblent devoir être attribués à la distension trop rapide du ballon, et par conséquent du segment inférieur de l'utérus, sur lequel il vient reposer.

C'est là une nouvelle raison de suivre la ligne de conduite indiquée par MM. Champetier de Ribes et Pinard, et qui consiste à ne pas remplir complètement le ballon aussitôt qu'il a été mis en place. D'ailleurs, dans le cas où des accidents analogues à ceux que nous avons signalés viendraient à se produire, il suffirait, pour les faire cesser, de vider en partie le ballon.

Dans les deux observations que nous rapportons, la durée moyenne du travail a été de 19 heures.

Les deux enfants sont nés vivants, l'un par le sommet, l'autre par le siège.

Les suites de couches ont été excellentes.

Obs. XV. (Personnelle. Recueillie à la Clinique.) — Marie B..., âgée de 32 ans, entre à la clinique le 18 mai 1891.

Ses antécédents tant personnels qu'héréditaires ne présentent rien de particulier, si ce n'est que, allaitée par sa mère, elle a commencé à marcher avant d'avoir atteint l'âge de 10 mois. Ses premières règles ont apparu à l'âge de 15 ans, et depuis, sa menstruation a toujours été régulière.

A vingt-six ans, première grossesse, dont la marche ne présente rien de particulier, et qui se termine à terme par une application de forceps au détroit supérieur. L'enfant naît vivant, et meurt 18 mois après, d'une maladie que la mère ne peut pas nous indiquer.

A trente ans, seconde grossesse, terminée par un accouchement prématuré à 7 mois. L'enfant était mort et macéré.

Les dernières règles datent du 25 août 1890. Cette femme s'est très bien portée pendant sa 3e grossesse. L'examen que nous pratiquons le 10 mai, nous montre une femme bien portante, de petite taille (1 m. 41). Elle ne présente aucune déformation de la colonne vertébrale, mais nous constatons facilement une courbure rachitique assez prononcée des tibias. Les membres inférieurs et la vulve sont couverts de paquets variqueux considérables.

Au palper, nous trouvons une O.I.G.T. La tête non engagée, est très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les bruits du cœur sont forts et réguliers, leur maximum se trouve à gauche, au niveau de l'ombilic.

Au toucher, nous trouvons un col non effacé, mais très déhiscent, et permettant l'introduction assez facile de deux doigts. On arrive sur les membranes qui sont intactes, et on peut examiner la tête, bien qu'elle ne soit pas engagée. La fontanelle postérieure se trouve à gauche, la suture sagittale occupe le diamètre transverse. En examinant le bassin, on arrive très facilement sur le promontoire. Déduction faite, nous trouvons à la mensuration digitale, que le diamètre promonto-pubien minimum, mesure 8 cent. à 8 cent. 5.

Dans la journée du 18 mai, la femme prend un bain et de nombreuses injections au sublimé, et le 19 mai au matin, nous nous décidons à introduire le ballon de Champetier de Ribes, pour provoquer l'accouchement de cette malade, dont la grossesse est arrivée à 8 mois et demi. A 10 heures et demie, cette introduction est faite sans difficultés, et sans que la femme accuse trop de douleur. Le ballon une fois mis en place, repose sur le segment inférieur de l'utérus. Son collet occupe la longueur du canal cervical. Environ

un quart d'heure après son introduction la femme a une syncope assez longue ; elle revient à elle vers onze heures ; puis une seconde syncope plus courte que la première se produit à 11 heures 1/2 et enfin, une troisième plus faible encore arrive vers midi et demi. A ce moment, on enlève environ cent grammes de l'eau injectée dans le ballon. Les syncopes cessent alors pour ne plus reparaître. Dans l'après-midi, quelques contractions se produisent, faibles et espacées. A cinq heures, quelques douleurs plus fortes se produisent, et le ballon descend un peu dans l'excavation, en commençant à dilater le col. Puis, tout se calme jusqu'à 8 heures du soir. A ce moment, plusieurs contractions violentes arrivent coup sur coup. La femme crie et se plaint beaucoup. Occupé auprès d'une autre malade qui demandait des soins constants, nous ne nous préoccupons pas de ces cris, d'autant plus que la malade redevient calme presque immédiatement. A dix heures, nous pratiquons le toucher, et nous trouvons le ballon dans le vagin. Il est un peu flasque, et comme il se trouve tout auprès de la vulve, nous l'enlevons, pour pouvoir constater ce qui se passe derrière lui. A ce moment, nous trouvons le col reformé en partie. Sa dilatation est de cinq francs ; il est très souple, mais non complètement dilatable. La poche des eaux est intacte. Nous décidons de laisser le travail marcher seul. Toute la nuit, la dilatation reste à peu près stationnaire. Les contractions utérines sont rares, faibles, peu douloureuses. Le lendemain, à 3 heures de l'après midi, elles deviennent fortes et régulières. La dilatation progresse, mais sans que la tête s'engage. Enfin, à 8 heures, la dilatation est presque complète. Nous rompons alors la poche des eaux, et une heure après, le fœtus est expulsé sans incidents.

La délivrance se fait au bout d'un quart d'heure.

Hémorrhagie insignifiante. L'utérus se rétracte et se contracte énergiquement.

Enfant du sexe féminin. Poids, 2,250 gr. Vivant, longueur, 47 c.

Diamètres de la tête :

B.P.....	9 cent.	O.F.....	11 cent.
B.T.....	8	S.O.B.....	9,4
O.M.....	12	S.O.F.....	10,5

Durée du travail, 33 heures. Suites de couches apyrétiques. L'enfant est en bonne santé au moment de la sortie de la mère.

Obs. XVI. (Recueillie, résumée et communiquée par M. le Dr Rivière.) — Mme K..., 22 ans, a eu il y a dix-huit mois une première grossesse, normale, qui s'est terminée à terme, mais non sans difficultés sérieuses, ainsi qu'il résulte du récit qu'elle nous en fait.

L'enfant se présentant par le siège, les membranes s'étaient prématurément rompues, et les premières douleurs n'avaient débuté que trois jours après. La dilatation, elle-même, très lente à se faire avait duré cinq jours. Encore fallut-il, pour faire l'extraction de l'enfant, pratiquer des débridements qui auraient, paraît-il, porté sur le col utérin, et sûrement sur le périnée; ainsi qu'en témoignent les cicatrices qu'on retrouve actuellement sur cette région. L'enfant vint en état de mort apparente, et, ranimé avec peine, succomba deux heures après.

Mme K... est actuellement enceinte pour la seconde fois. Ses règles ayant duré du 2 au 5 janvier 1891, sa grossesse était arrivée au milieu du neuvième mois, lorsque le 29 septembre, le matin, dans son lit, elle perd spontanément du liquide amniotique, sans douleur.

Je suis appelé le soir, la patiente a continué à perdre de l'eau toute la journée, sans la moindre douleur. L'utérus a notablement diminué de volume. Il s'agit encore d'une présentation du siège complet non engagé. Le col est entier, souple et perméable; le doigt arrive directement sur un pied du fœtus.

Je tente, mais en vain, une version par manœuvres externes; l'utérus est trop rétracté, et le fœtus a perdu sa mobilité.

La nuit se passe sans douleur : de même, la journée et la nuit suivantes; le liquide amniotique s'écoule au dehors de temps en temps ; le fœtus dont le champ d'hématose se restreint de plus en plus, commence à souffrir.

Craignant à juste titre le renouvellement des accidents qui ont marqué le premier accouchement, je propose d'introduire dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, afin de hâter l'accouchement.

Mon intervention étant acceptée, je fais pénétrer sans difficulté le 1er octobre à 9 heures du matin, le ballon Champetier (celui contenant 400 grammes de liquide). L'introduction est facile.

Dix minutes après, les contractions douloureuses commencent, se renouvelant de 3 en 3 minutes environ. A 11 h. 1/2, le ballon qui n'a pas été gonflé complètement (300 grammes d'eau seulement) est tout entier dans le vagin.

A midi, je le retire, et, sous chloroforme, je procède à l'examen. Le segment inférieur a perdu toute sa résistance ; la dilatation de l'orifice utérin est complète. Mais le fœtus, soulevé par le ballon, s'est transversalisé ou mieux diagonalisé, de sorte qu'une main se trouve au centre de l'orifice dilaté, tandis que le siège est remonté vers la fosse iliaque gauche. Il est aisé, du reste, de le ramener dans l'axe de l'excavation. L'extraction est faite lentement; le passage de la tête est assez pénible. Néanmoins, le fœtus vient vivant, très légèrement asphyxié. Il est actuellement en parfait état.

Suites de couches absolument normales.

Durée du travail, 5 heures.

Si nous totalisons les résultats que nous avons énumérés dans ce travail, en réunissant toutefois, les résultats des observations où le procédé de Krause a été employé seul et des cas où on a eu recours comme adjuvant, aux sacs de Barnes, si nous confondons en même temps le cas unique où nous avons eu successivement à nous servir de la sonde, du ballon Tarnier, et du ballon Champetier, avec les 3 cas où nous avons eu recours aux seuls ballons, nous obtenons les résultats suivants :

Durée moyenne du travail :

Procédé de Krause.....	50	heures 1/2
Ballon de Tarnier.....	29	—
Ballons Tarnier et Champetier.	32	—
Ballon Champetier.....	19	—

On le voit facilement, le procédé de Krause est absolument distancé. Quant au procédé de Champetier, il agit évidemment d'une façon très efficace, puisqu'il a amené l'accouchement avec une avance moyenne de 10 heures sur le ballon Tarnier.

Nous avons totalisé et pris la moyenne des résultats consignés dans les tableaux du professeur Pinard, et voici les moyennes que nous a données notre calcul.

Ballon Tarnier.....	47	heures.
Ballons Tarnier et Champetier...	28	—
Ballon Champetier.....	13	—

Il y a discordance entre ces deux tableaux, mais cette discordance est plus apparente que réelle.

En effet, il suffit de lire nos observations pour se rendre compte que les accouchements où nous avons employé le ballon Champetier après celui du professeur Tarnier, sont justement ceux où la dilatation marchait lentement, soit sous l'influence de la faiblesse des contractions utérines, soit à cause de lésions diminuant la souplesse de l'orifice utérin. Il en est résulté que la durée moyenne du travail provoqué seulement par le ballon Tarnier, est moindre que celle des accouchements où les deux ballons Tarnier et Champetier ont été employés. En réalité, les résultats plus rapides sont dus surtout à ce que les cas étaient plus favorables, et c'est pour cela que la moyenne obtenue dans les observations où M. le professeur Pinard s'est servi systématiquement du ballon Champetier après le ballon Tarnier donne l'avantage réel à l'emploi successif des deux appareils.

Nous ne nous étendrons pas sur les résultats donnés par les différents procédés pour les mères. Une seule est morte, et elle a succombé à une lésion organique du cœur. Quant à l'infection, elle n'a été constatée qu'une fois, et encore avait-elle pour point de départ du sphacèle de la vulve. Elle fut d'ailleurs fort légère.

Si, maintenant, nous nous occupons des enfants, nous notons les résultats suivants :

État des enfants :

Procédé de Krause..	Vivants	5	Morts.	3.	37 0/0.
Ballon Tarnier.....	—	3	—	0	
Ballons Tarnier et Champetier.....	—	2	—	1	33 0/0.
Ballon Champetier...	—	2	—	0	

Nous donnons dans ce tableau les résultats bruts; car l'une des morts portées en face du procédé de Krause ne saurait lui être imputée, l'enfant ayant succombé surtout sous l'influence de l'état grave de la mère.

Nous nous contenterons de noter, pour ce qui se rapporte aux enfants, les résultats relatifs des différentes présentations, et des interventions qui ont été nécessaires.

Il y a eu :

12 présentations du sommet.....	2 morts.	16,5 0/0
4 présentations du siège.....	2 —	50 0/0

Donc mortalité beaucoup plus considérable pour les enfants nés en présentation du siège. Nous devons faire remarquer que nous avons porté comme mort dans un cas de présentation du siège, un enfant qui, en réalité, est né vivant ; mais qui a succombé du fait même de l'accouchement, ainsi que l'autopsie l'a démontré.

Il a été fait 5 applications de forceps qui ont donné 5 enfants vivants.

Une version podalique a amené un enfant mort ; mais il suffit de lire l'observation (observ. II), pour voir que l'opération ne saurait être incriminée.

Conclusions.

Il nous reste en terminant ce travail, à résumer les conclusions qui découlent des faits que nous avons exposés.

1° La sonde de Krause doit être absolument rejetée, hors les cas de nécessité absolue. Le travail qu'elle détermine marche trop lentement, et les enfants succombent en proportion plus grande qu'avec les autres procédés.

2° Dans le cas où il est indiqué de provoquer l'accouchement chez une primipare, ou chez une multipare à col peu perméable, on doit avoir recours d'abord au ballon du professeur Tarnier, suivi, aussitôt que le canal cervical sera suffisamment ouvert, par le ballon Champetier.

3° Dans le cas où la perméabilité du col est suffisante, il est indiqué de placer immédiatement le ballon Champetier.

4° Cette indication est d'autant plus nette que le besoin de mener rapidement le travail est plus prononcé.

Il en est ainsi, notamment dans les cas de rupture préma-

turée des membranes, où le ballon Champetier introduit dans la cavité de l'œuf, suffira pour provoquer le travail (observation XVI), alors que le ballon Tarnier serait insuffisant.

5° La rupture des membranes peut être facilement évitée, quand on emploie le ballon Champetier. Quant au décollement du placenta, il se produit quelquefois ; mais dans ce cas, il suffit de gonfler le ballon, pour arrêter complètement l'hémorrhagie.

6° Le ballon ne doit pas être rempli complètement dès le début. Dans ce cas, on le voit se développer au-dessus du détroit supérieur ; il n'excite pas suffisamment la contraction utérine, et favorise les mutations de présentations.

7° Ces mutations semblent se produire assez fréquemment avec le ballon Champetier ; bien qu'elles ne puissent pas toutes lui être imputées. Cependant, vu leur fréquence, il est utile de surveiller le fœtus de très près, pour pouvoir corriger rapidement les présentations vicieuses qui pourraient se produire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *novembre* 1891.

Hystérectomie pour cancer.

M. Segond accepte en principe l'hystérectomie totale et les arguments développés contre elle en 1888 ne l'ont pas touché. Oui, c'est une opération grave, mais elle s'adresse à des condamnées à mort. M. Segond, depuis 1888, a 33 opérations, dont 25 pour cancer du col et 8 pour cancer du corps, avec 26 guérisons et 7 décès, tous pour des cancers du col. En 1888, sur 4 opérations il a 2 décès, tous deux de sa faute, 1 par septicémie, 1 pour avoir abaissé en même temps que l'utérus et pris dans une pince une anse intes-

tinale. Les 5 autres morts, qui concernent en partie des cancers peut-être trop avancés, sont dues à des péritonites (3, dont 2 tardives), à une hémorrhagie secondaire (la pince placée sur du tissu cancéreux ayant mal tenu), au choc (1). Quant aux 26 guérisons, abstraction faite des 8 opérations pratiquées depuis août 1891, les résultats sont : 7 récidives dont 4 morts en 1 an environ et 3 encore vivants (8 mois, 7 mois, 6 mois), et il est à noter que ces femmes après l'opération ne perdent plus et souffrent beaucoup moins; 8 guérisons maintenues depuis : une, 9 mois, les autres depuis 8 à 9 mois. Il est à noter, d'ailleurs, que les succès définitifs de l'amputation partielle eussent *a fortiori* été obtenus par la totale et M. Segond pense, avec Pozzi, avec Bouilly, que plus un cancer est petit, plus il est indiqué d'enlever l'utérus entier.

M. Verneuil a revu récemment une dame qu'il a opérée en 1869 d'un épithélioma par l'amputation du col. Il persiste à penser qu'après l'amputation partielle, la moyenne de survie est plus longue.

M. Schwartz n'a fait que trois hystérectomies vaginales pour cancer. Une fois la récidive est survenue au bout de 6 mois. Chez les deux autres malades sont survenues des complications opératoires : une fois, une incontinence d'urine persistante; une fois, une fistule vésico-vaginale, la vessie ayant été intéressée par une pince. M. Schwartz, considérant que la récidive a lieu au moins 7 fois sur 10, est donc décidé à ne plus opérer que les cas tout à fait simples.

Il a d'autre part fait une amputation du col dont le résultat se maintient depuis 1885; deux supra-vaginales ayant donné 18 et 15 mois de survie.

M. Terrier a retrouvé une des deux malades qu'il avait perdues de vue : elle vit, depuis 2 ans et 7 mois, sans ombre de récidive.

Séance du 2 décembre 1891.

Hystérectomie pour cancer utérin.

M. Bouilly avait en 1888, 30 opérations dont 29 pour cancer, avec 7 morts. Depuis, il a fait 21 hystérectomies vaginales qui se répartissent en : 1889, 5 cas, 3 morts ; 1890, 11 cas, 5 morts ; 1891, 5 cas, 1 mort. Malgré l'habileté plus grande de l'opérateur, la léthalité de cette deuxième série dépasse donc celle de la première. Les

3 morts de 1889 sont dues : 2 à la septicité ; 1 au choc, chez une femme opérée à l'état d'épuisement. En 1890, il y a 2 décès directement imputables à l'opération : une péritonite septique due à une plaie de la vessie, une hémorrhagie retardée par défaut d'application d'une pince ; 1 décès par urémie quoique l'uretère ait été parfaitement respecté ; 1 décès par choc chez une femme épuisée à l'avance, 1 péritonite septique enfin dans un cas de cancer du corps où l'utérus était très volumineux, où l'opération fut très laborieuse et où le péritoine fut infecté malgré la précaution qu'avait eue M. Bouilly de suturer d'abord les lèvres du col utérin.

La gravité opératoire est donc réelle, mais si l'on se place au point de vue de la survie sans récidive, le bénéfice est quelquefois considérable ; depuis 1886, M. Bouilly a 3 opérées qui vivent sans récidive depuis 3 à 4 ans, et 3 depuis 15 et 17 mois ; d'autres ont des récidives tardives : telle une femme de 38 ans (et à cet âge le cancer utérin va vite) qui a eu 4 ans et 4 mois de survie ; une femme opérée en 1880 a vécu 2 ans 1/2 en parfait état et depuis 10 mois est en récidive ; une autre est en récidive depuis 1 an après 2 ans et 5 mois de santé. Certes les récidives rapides sont fréquentes et M. Bouilly en compte 8 après 9 mois et moins.

Au total, sur 50 cas, M. Bouilly a 16 morts et 36 guérisons opératoires, avec 6 guérisons maintenues de 15 mois à 4 ans et 4 mois ; 6 survies prolongées avec récidive tardive de 2 à 4 ans ; 18 récidives dans le cours de la première année et mort de 1 an à 18 mois après l'opération. Ce n'est donc pas brillant. Mais est-ce bien inférieur à ce que nous donne l'ablation du cancer de la langue. L'hystérectomie partielle n'a pour elle que sa bénignité plus grande, mais ses résultats thérapeutiques sont déplorables : sur 15 cas (dont 2 pour de tout petits cancers) M. Bouilly a eu 15 récidives rapides. D'autre part pour les petits cancers limités, l'hystérectomie totale est bénigne. M. Bouilly préconise donc l'abstention quand on n'est pas sûr de tout enlever ; l'hystérectomie totale pour les cancers petits et limités.

M. Richelot. — M. Verneuil a dit qu'à son sens la cause n'est pas encore entendue, et il nous a priés de faire des hystérectomies partielles pour comparer avec la totale ; je lui rappellerai que ce fut précisément ma conduite. En 1889, j'ai voulu étudier la question sur de nouvelles bases et j'ai fait des amputations partielles : les résultats thérapeutiques ont été déplorables — comme ceux de

M. Bouilly, — et j'y ai renoncé. Quant à la gravité, ma dernière série est très bonne, et je me sépare à cet égard de MM. Terrier, Segond, Bouilly. Certes, nous serons toujours obligés d'opérer parfois sur de mauvais terrains, et ces cas viennent grever les statistiques, mais pour un cancer petit, sur un utérus mobile, l'hystérectomie vaginale n'est pas grave. On a objecté à l'ablation totale que les récidives ont lieu dans les ligaments larges et non dans le moignon. C'est vrai souvent, mais non toujours. Enfin, et surtout, M. Verneuil insiste sur la statistique brutale des mois de survie moyenne. Cela ne me paraît pas sérieux. Dès que la récidive survient, la partie est perdue ; ce qu'il faut donc, c'est examiner la durée des survies sans récidive. Or, à cet égard, j'ai cité des guérisons assez nombreuses maintenues actuellement depuis 2 à 5 ans ; je rappellerai les cas semblables de MM. Terrier et Bouilly. Ces faits sont à nos yeux de grande importance. M. Verneuil semble avoir eu par l'amputation partielle une bonne série : nous en avons eu de mauvaises. Quant à la survie de 22 ans, dont parle M. Verneuil, je me permettrai quelques doutes ; en 1869 ou 1870, on diagnostiquait volontiers cancer tous les gros cols déchirés de la métrite fongueuse, et l'histologie n'avait pas dit son dernier mot sur la question. Et, d'ailleurs, si c'était bien réellement un cancer, cela prouve simplement que la cure radicale du cancer est possible et on ne saurait reprocher à l'hystérectomie totale d'être encore trop jeune pour pouvoir présenter à son actif un résultat semblable.

Hystérectomie pour cancer.

M. Richelot résume d'abord la discussion, prématurée à son sens, où M. Verneuil, en 1888, a pu croire avoir porté le coup fatal à l'hystérectomie totale. A cette époque, il est certain que cette opération, encore mal réglée, avait une haute mortalité, et M. Richelot sur 24 cas avait 9 décès ; mais il s'était compromis sur des cas auxquels aujourd'hui il ne touche plus volontiers ; certaines morts étaient imputables à des fautes opératoires manifestes. Et cependant les résultats ne sont pas nuls car des 15 malades restantes de cette première série, 3 sont sans récidive aujourd'hui depuis 5 ans, 4 ans et 11 mois, 4 ans et 5 mois. Pour reprendre la question sur de nouvelles bases, M. Richelot a d'abord enlevé par l'amputation sus-vaginale deux cancers qui lui semblaient tout à fait limités : les deux fois il y a eu repullulation immédiate du

mal; et il ne faut pas oublier que dans 8 cas de M. Verneuil la section passait dans la tumeur. Aussi bien dans deux cas datant de janvier 1890 M. Richelot a fait l'hystérectomie totale, quoique le mal parût bien être au col, et il a constaté qu'il remontait dans le corps. Ces deux femmes sont aujourd'hui vivantes sans récidive. Aujourd'hui que l'hystérectomie totale est devenue bénigne, nous n'avons donc plus le droit de tenter l'ablation partielle et cette bénignité est prouvée par la nouvelle série de M. Richelot : 22 cas avec 1 seul décès, par intoxication iodoformée probablement. Il y a bien eu un décès tardif, après une opération faite pour restaurer une fistule vésico-vaginale : il est probable qu'une aiguille a perforé le péritoine. Ces fistules, rares d'ailleurs, si en opérant on rase bien l'utérus, ne doivent être opérées que fort tard; une autre fois M. Richelot a voulu en opérer une rapidement et il a embroché l'intestin, d'où une fistulette fécale, heureusement vite guérie.

La question de bénignité jugée, voyons celles de récidives, c'est-à-dire le laps de temps écoulé *avant le début de la récidive*, car il est mieux de calculer la survie comme M. Verneuil en additionnant aux mois de santé parfaite ceux pendant lesquels a évolué la récidive. Or, M. Richelot compte 4 récidives, dans 4 cas où le ligament large était déjà envahi; 5 opérations trop récentes pour entrer en compte; 11 cas sans récidive opérés du 2 janvier 1890 au 31 avril 1891, et il est à remarquer que deux fois il y avait du cancer dans le corps et dans le col, une fois dans le corps seul; que 4 fois la tumeur allait tout près des culs-de-sac du vagin.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *décembre* 1891.

Suite de la discussion sur l'**accommodation en obstétrique** (1).

GENDRON. **Hystérectomie vaginale.** — L'auteur présente un utérus avec la trompe et l'ovaire du côté droit.

Cette pièce pathologique a été enlevée par hystérectomie vaginale sur une femme de 30 ans, dont la santé était fortement compromise par des accidents (douleurs abdominales, hémorrhagies abondantes

(1) Cette discussion sera résumée quand elle sera épuisée.

et réitérées, anémie profonde) datant d'environ 20 mois. L'utérus augmenté dans toutes ses dimensions (cavité utérine, 9 cent. 1/2), contient dans sa paroi postéro-latérale droite, un fibro-myôme de la grosseur d'une noix, fixé dans sa loge par un large pédicule. Avant d'être opérée, la femme s'était soumise, à deux reprises différentes, au traitement électrique qui, la première fois, paraît avoir amené une atténuation, mais seulement transitoire, des accidents. La femme commença à se lever 15 jours après l'opération.

Bar présente un nouveau-né âgé de 8 jours. Sur le cuir chevelu, on constate un certain nombre de plaques nummulaires de 8 à 10 millimètres de diamètre, au niveau desquelles les cheveux semblent manquer, et qui, par la minceur et la coloration rosée de la peau, tranchent vivement sur les régions environnantes.

Cet enfant est, en outre, atteint d'un double pied bot talus; de plus, ses mains ont une forme singulière, elles sont petites, peu épaisses et très effilées. A cause de la coïncidence de ces lésions multiples, l'auteur pensa d'abord que les altérations anatomiques siégeant au cuir chevelu étaient la conséquence d'un arrêt de développement dû à la compression de l'amnios. Mais, l'enfant ayant, depuis quelques jours, présenté sur les mains des lésions pemphigoïdes, M. Bar estime que ces plaques atrophiques sont simplement des vestiges d'un pemphigus du cuir chevelu ayant évolué pendant la vie intra-utérine.

Bonnet. — Présentation d'instruments : 1° **Sonde intra-utérine de Doléris, modifiée** par R. Pichevin ; 2° **Appareil pour l'irrigation continue**, par R. Pichevin ; 3° **Appareil à irrigation continue**, par MM. Bonnet et Petit.

Chaput. **Du débridement de la vulve comme opération préliminaire et de la technique de l'extirpation de l'utérus par le vagin.** — L'auteur estime que les chirurgiens n'utilisent pas assez fréquemment un procédé opératoire dont les accoucheurs ont su déjà tirer parti, dans les cas nombreux où il est avantageux d'élargir la voie vaginale. *Technique du débridement, incision :* Du côté de la peau, l'incision est représentée par une ligne qui commence en haut à 2 centim. environ du milieu de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centim. L'incision se prolonge en haut dans le vagin, à 5 centim. du bord de la vulve, dans le même plan que l'incision cutanée.

Il ne faut pas faire l'incision des parties superficielles vers les tissus profonds, car les tissus fuient et on n'obtient pas un débridement suffisant. Il est indispensable de faire la section par transfixion, ce qui donne beaucoup de rapidité à l'opération et permet d'obtenir une brèche convenable. *Hémostase :* Aussitôt que la section est faite des jets artériels s'élancent de la plaie. De la main gauche, l'opérateur pince la lèvre gauche de la plaie ; il réserve sa main droite pour appliquer les pinces hémostatiques, aussi la compression de la lèvre droite est-elle réservée à l'aide situé de ce côté. Avec les pinces hémostatiques le chirurgien saisit l'angle supérieur de l'incision et les deux angles latéraux (l'aspect des surfaces cruentées est celui d'un losange) ; on étale largement les surfaces saignantes et l'on peut alors pincer un à un tous les vaisseaux qui donnent. L'hémostase terminée, on laisse les pinces en place. On exécute alors l'opération principale, extirpation de l'utérus ou autre, et quand tout est terminé, pansement compris, on procède à la suture du débridement. *Suture du débridement :* placer d'abord le fil correspondant aux angles latéraux du losange, sans quoi il est difficile d'obtenir un affrontement correct.

Avec une aiguille d'Emmet, on chemine au-dessous des surfaces cruentées et on place un fil d'argent assez fort, sur les deux chefs duquel on place une pince hémostatique. On exécute ensuite la suture vaginale, de haut en bas, soit avec l'aiguille d'Emmet, soit avec un Reverdin ou Lamblin courbe, on peut employer des crins de Florence ou mieux des catguts pour cette suture vaginale. Arrivé au fil d'argent, on le tord et on conserve environ 5 à 6 cent. des 2 chefs qu'on utilise pour le pansement. *Pansement, soins consécutifs :* Tampon vaginal à la gaze iodoformée, gaze iodoformée autour des chefs du fil d'argent. Tous les jours : toilette de la vulve ; les fils cutanés sont enlevés au 8e jour, le fil d'argent au 15e. *Double débridement :* Dans certains cas, il est utile de débrider des deux côtés. *Résultats éloignés :* excellents.

Indications du débridement vulvaire : 1° *Dans l'extirpation de l'utérus* pour fibrome, pour salpingite, ou pour cancer.

Toutes les fois que la vulve est gênante par son étroitesse, ou que la tumeur est volumineuse.

Le débridement simple ou double permettra d'amener l'organe à la vulve avec la plus grande facilité ; on aura sous l'œil tous les points qui saignent, on placera les pinces facilement, et le

doigt pourra évoluer à l'aise, malgré la place prise par le col, les pinces érignes, les clamps et les écarteurs.

Il faut avoir enlevé de grosses tumeurs dans des vagins étroits et fait la même manœuvre après débridement pour apprécier les bienfaits de cette pratique.

2° *L'énucléation des fibromes par la voie vaginale* (*méthode de Péan*) se trouve également très facilitée par le débridement.

3° J'ai encore employé avec avantage le débridement pour extirper par le vagin le pédicule d'un fibrome enlevé préalablement dans la même séance par hystérectomie abdominale.

Chez une jeune femme à vulve étroite, j'ai fait le débridement pour extirper tardivement le col utérin dans un cas où la constitution d'un pédicule rentré avait déterminé une abondante suppuration.

4° *Chez les vierges, toutes les opérations un peu complexes sur l'utérus nécessiteront le débridement.* — Dans un cas de gros polype utérin chez une vierge, j'ai pu, grâce au débridement, exécuter facilement une opération qui eût été très difficile sans cette précaution.

5° *Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles.* — Une grosse femme de 52 ans, entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon que j'avais l'honneur de remplacer, pour une tumeur de la vessie, fut opérée par moi le 19 juin 1891. Je lui fis la taille vésico-vaginale et pus par cette voie extraire un gros champignon implanté sur le côté gauche du bas-fond de la vessie.

Malgré la suture de la plaie vésico-vaginale, il se produisit une fistule qui fut rebelle à la sonde à demeure et à des cautérisations répétées au thermocautère.

Je me mis en devoir de l'oblitérer chirurgicalement, mais le vagin présentait une profondeur de 12 centimètres au moins et était si plissé, si exubérant qu'il était très difficile de voir seulement la fistule. Impossible de tirer en bas le col, disparu par l'atrophie sénile.

J'exécutai alors le double débridement de la vulve et pus sans aucune peine rendre la fistule accessible, l'aviver et la suturer. La malade guérit.

5° Le débridement vulvaire présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique, que je ne veux pas développer ici, et qui ont été déjà signalées par Dührssen.

Technique de l'extirpation de l'utérus pour pyosalpinx. — Je conseille systématiquement le débridement uni- ou bilatéral de la vulve, sauf dans les cas où les dimensions de cet orifice sont énormes, ce qui est rare.

J'ai dit plus haut combien cette précaution élargissait le champ opératoire et rendait l'extirpation de l'utérus facile et rapide.

Dans presque toutes mes opérations pour salpingite, j'ai pu enlever la matrice avec la plus grande facilité et en quelques minutes ; j'ai même pu mener à bien des extirpations d'utérus cancéreux qui eussent été impossibles sans le débridement.

Les différents temps de l'extirpation de l'utérus par morcellement ont été trop bien décrits par Péan pour que j'y revienne.

Je signalerai seulement un point important qui m'a été signalé par mon maître Terrillon. Cet auteur déchire avec le doigt les ligaments larges à leur insertion à l'utérus, au lieu de les couper ; grâce à cette manœuvre, il a très peu d'hémorrhagie et je l'ai vu bien souvent faire des hystérectomies complètes sans poser une ligature, ni laisser plus d'une pince ou deux pinces à demeure.

Le morcellement de l'utérus m'a toujours paru avantageux pour le segment inférieur de l'utérus, mais pour le corps de l'organe je trouve plus avantageux d'en faire faire la section verticale ; en saisissant chaque morceau d'utérus on a plus de prise pour tirer sur les annexes et les extirper secondairement.

J'ai toujours pu faire l'extirpation complète des annexes après l'hystérectomie (sauf certains cas où il y avait de très grandes poches) ; et j'attribue la facilité que j'ai eue au débridement de la vulve qui permet d'introduire facilement les quatre doigts de la main dans le bassin. Suit le résumé des 13 observations sur lesquelles est basé cet intéressant travail.

Bonnaire. — Rapport sur une observation de **Rétention placentaire par déciduo-sarcome du placenta.**

Charpentier. — Présentation d'un **Fibrome de l'urèthre.**

P. Petit communique une observation très intéressante : **Kyste hydatique du foie de la contenance de 4 litres, pseudo-métrite et stérilité. Laparotomie. Guérison. Grossesse immédiate.** — Il y avait dans ce cas une particularité intéressante. La femme était atteinte de leucorrhée abondante, qui avait fait penser à une métrite invétérée. Or, le curettage resta absolument ou à peu près inefficace

contre ces écoulements, qui disparurent par contre après la guérison du kyste hydatique.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Appareil à stérilisation pour salles d'opérations; quelques considérations sur la désinfection dans les cliniques, FRISTCH. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 10, p. 154.

Il se manifeste actuellement une tendance très nette à restreindre l'application des antiseptiques et à réaliser, par contre, l'asepsie du milieu opératoire. Aussi, est-il devenu nécessaire de pouvoir disposer d'une quantité considérable d'eau stérilisée. Dans le service de Fristch, on se sert des substances antiseptiques jusqu'au moment où l'on commence réellement l'opération. A partir de ce moment, c'est exclusivement d'eau stérilisée qu'on se sert pour le nettoyage des éponges, des mains. L'auteur décrit, avec figures à l'appui, l'appareil qu'il a imaginé, et qui lui permet d'obtenir, en très peu de temps, toute la quantité d'eau, sûrement stérilisée, nécessaire.

R. L.

De l'asepsie dans les laparotomies, (Zur Asepsis bei Laparotomien) REIN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 139.

Depuis 1887, parce qu'il avait perdu trois de ses opérées, dont la mort pouvait être attribuée sinon formellement, du moins avec une certaine vraisemblance, à une intoxication 2 fois par l'acide phénique et une fois par le sublimé, l'auteur est devenu plus réservé quant à l'application de l'*antisepsie*. Par contre, il s'est efforcé d'obtenir une *asepsie* aussi rigoureuse que possible de la salle réservée aux laparotomies, des instruments, des pièces de pansement, du linge, des substances pour la ligature, etc. A cet effet, il utilise les températures élevées, chaleur humide (110-119° C.), chaleur sèche (120-140°), eau bouillie, la méthode de Fur-

bringer pour le nettoyage rigoureux des mains (nettoyage mécanique, eau chaude, alcool et sublimé).

Il a, en se conformant à ces précautions de simple asepsie, fait 60 laparotomies, savoir :

Ovariotomies	38
Énucléation de kystes intra-ligamenteux	4
Myotomies	5
Salpingotomies	4
Laparotomie exploratrice	3
Grossesse extra-utérine abdominale	2
Résection de carcinome kystique	1
Ventrofixation de l'utérus	1
Laparotomie secondaire	2
	60

avec une seule mort, soit une mortalité de 1,6 p. 0/0 au lieu de 11,5 p. 0/0 qu'il avait eue dans la série précédente, où il avait appliqué l'antisepsie. D'autre part, les suites opératoires furent, d'une manière générale, plus satisfaisantes qu'après les laparotomies faites avec antisepsie.

Afin de constater jusqu'à quel point l'*asepsie* avait été réalisée, on soumit aux différents moyens capables de démontrer le degré de stérilisation les objets qui avaient servi soit pour l'opération, soit pour le pansement, et le résultat de ces expériences démontra que *tout le voisinage de la plaie était la plupart du temps absolument stérile.*

R. L.

Expériences sur les conditions étiologiques des adhérences péritonéales après la laparotomie. (Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhaesionen nach Laparotomien), KELTERBORN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 913.

Sänger a émis l'opinion qu'après résection du péritoine pariétal, pas n'est besoin de 2 surfaces cruentées pour produire des adhérences, qu'une seule suffit, qu'au niveau de la solution de continuité de la séreuse, il ne se reforme pas d'épithélium, mais que la production d'adhérences est inévitable. D'autre part, Dembowski qui a fait, sur la même question, une série d'expériences sur des animaux, était arrivé à des résultats se résumant de la façon sui-

vante : les corps étrangers, ligatures et portions correspondantes, eschares provoquent sûrement des adhérences péritonéales ; iodoforme, caillots sanguins, liquides irritants et antiseptiques, lésions diverses du péritoine n'ont pas d'action notable et ne déterminent pas des adhérences au niveau d'une séreuse d'ailleurs normale.

A son tour, Kelterborn a institué une série d'expériences (18) sur des animaux (chats, chien, lapin), et il est arrivé à des conclusions bien différentes : 1) les exfoliations épithéliales, les eschares du péritoine, dans les cas non compliqués, ne provoquent aucune formation d'adhérences.

2) Les ligatures intra-abdominales ne donnent, en général, pas lieu à la formation d'adhérences ; elles accusent une tendance à s'enkyster.

3) La formation d'adhérences dans la cavité abdominale, consécutivement à la laparotomie, le péritoine étant normal, dans l'immense majorité des cas, est due à une infection. En somme, rien ne s'élève contre le large usage du thermocautère, dans la laparotomie, pour la destruction des adhérences.

R. L.

De la production des adhérences péritonéales. (Zur Enstehung der peritonealen Adhäsionen). Dembowski. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 15, p. 281.

Les recherches expérimentales de Kelterborn ont été inspirées par Kustner. Celui-ci, à la suite d'un fait clinique, avait été conduit à mettre en doute les propositions émises par Dembowski sur l'étiologie des adhérences péritonéales. Kustner avait enlevé une tumeur ovarique dont le poids excédait 30 kilogr., qui avait contracté des adhérences intimes avec le péritoine pariétal et l'épiploon, et qui adhérait aussi fortement avec la vessie, l'S iliaque, le fond de l'utérus et le ligament large gauche. Ces adhérences furent détruites, soit avec la main, soit avec le thermocautère et cela ne se fit pas sans produire des eschares profondes et étendues. La tumeur enlevée, on constata que les anses intestinales adhéraient assez solidement entre elles, on les désunit avec le doigt. Le revêtement séreux, inégal, irrégulier des anses intestinales se recouvrit en outre de gouttelettes de sang de la grosseur d'une tête d'épingle. Or, 14 mois plus tard, le sujet de cette observation ayant

été laparotomisé de nouveau pour une volumineuse hernie abdominale, Kustner ne rencontra aucune adhérence, pas plus au niveau des anses intestinales, jadis adhérentes entre elles, qu'au niveau des organes pelviens.

Dembowski explique ces constatations (absence d'adhérences) en contradiction, apparente du moins, avec les résultats de ses propres expériences, en insistant sur les grandes différences que présentent, dans leur mode de réaction contre les actions irritantes, les divers viscères abdominaux. Il n'y aurait aucune parité à établir, par exemple, entre les anses intestinales, douées de mouvements propres, incessants, et le grand épiploon qui en est absolument dépourvu. Ce dernier et les organes dépourvus comme lui de mouvements propres, sont aptes à contracter des adhérences durables. Au contraire, les anses intestinales en contractent moins facilement, et de plus, les expériences faites démontrent qu'après en avoir contracté, les mouvements dont elles sont animées peuvent parfaitement arriver à les détruire. Aussi ne doit-on pas conclure, parce qu'on ne trouve pas d'adhérences à une seconde laparotomie faite longtemps après la première, qu'il ne s'en était jamais produit. D'autre part, si dans le cas cité par Kustner, le grand épiploon n'avait pas contracté d'adhérences au niveau des escharres situées sur le péritoine pariétal et dans l'excavation pelvienne, c'est très vraisemblablement, d'après Dembowski, parce qu'après l'opération, il n'arrivait pas jusque-là.

En ce qui concerne les expériences de contrôle faites par Kelterborn, l'auteur leur reproche surtout d'avoir été conduites suivant une technique différente de la sienne et qui s'écarte davantage des conditions ordinaires des laparotomies.

R. L.

Recherches expérimentales sur la production des adhérences dans la cavité abdominale après la laparotomie. (Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien). THOMSON. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 5, p. 105.

Travail basé sur de nombreuses expériences sur des animaux (chats, lapins, un seul chien). L'auteur s'est tantôt servi des antiseptiques, tantôt il s'est efforcé de réaliser une asepsie rigoureuse, mais il n'a constaté dans les résultats aucune différence imputa-

ble à l'une ou l'autre de ces deux méthodes. Enfin, dans le but de ne pas injustement rapporter aux autres circonstances de l'expérimentation des effets qui auraient pu relever d'une infection, toutes les expériences ont été soigneusement soumises au contrôle bactériologique. Les résultats obtenus se trouvent résumés dans les propositions suivantes :

1) Il se produit des adhérences épiploïques et intestinales en dehors de toute infection au niveau des plaies de laparotomie tout à fait stériles, comme au niveau de plaies musculaires volontairement produites au niveau de la paroi abdominale interne. *La suture exacte des plaies avec des fils de soie prévient la plupart du temps la production d'adhérences étendues.*

2) *Les pertes de substance superficielles du péritoine guérissent sans aucune complication.*

3) *Avant la fermeture de l'abdomen, il importe d'étendre l'épiploon en arrière de la paroi abdominale, dans le but de prévenir la formation d'adhérences intestinales.*

4) *Il peut survenir après la laparotomie une péritonite septique, reconnaissant pour cause une infection par l'air ambiant.*

5) *Des corps étrangers, même stériles (gaze iodoformée, par exemple), à condition qu'ils aient un certain volume, et qu'ils soient capables de déterminer une irritation assez intense, provoquent la formation d'adhérences dans la cavité abdominale.*

R. L.

Des sections abdominales, leurs indications, leur manuel opératoire. (Indications for abdominal section and the details of its performance), par LAWSON TAIT. *Med. Rec.*, N.-Y., 3 mai 1890, t. I, p. 485.

Depuis 10 ans, l'école chirurgicale moderne, malgré les efforts de la vielle école, a établi l'importance et l'utilité de la laparotomie exploratrice. Lorsque l'état d'un malade rend la vie insupportable, il est aujourd'hui admis que, même en l'absence de diagnostic précis, on doit ouvrir le ventre, voir quelles sont exactement les lésions et, séance tenante, agir de manière à soulager le malade et à le guérir, s'il se peut. L'incision exploratrice a si peu de gravité, que Tait l'a pratiquée dans le seul but de démontrer à des médecins, dont la thérapeutique variait constamment avec leurs

indécisions diagnostiques, qu'ils avaient affaire à un cancer du foie.

La vieille école parle constamment de diagnostic précis, c'est joli à dire; mais en pratique, il faut voir, lorsqu'on opère les femmes, quelles erreurs ont faites ces grands maîtres. La pratique de l'incision exploratrice seule, en rectifiant les diagnostics, permettra peut-être un jour d'arriver à établir la valeur séméiologique exacte des signes constatés. Actuellement, nos connaissances sont certainement insuffisantes.

La malade doit prendre la veille de l'opération un laxatif et le matin un lavement.

Lawson Tait se sert d'un mélange de 2 parties d'éther et de 1 de chloroforme, pour anesthésier les malades au-dessous de 45 ans; au delà de cet âge, il augmente la proportion de chloroforme, donnant le chloroforme exclusivement au delà de 60; d'après lui, l'éther irrite les bronches, et est, surtout chez les malades âgés, la cause d'une bronchite ou d'une autre complication qui les emporte au bout d'une huitaine.

Les instruments et les éponges *soigneusement comptées* sont placés dans des cuvettes pleines d'eau ordinaire prise au robinet. Ce qui importe c'est non les introductions de germes isolés, mais l'abandon dans la plaie de parcelles mortifiées, de caillots sanguins par exemple, qui leur serviraient de nid. Pendant l'opération un aide, responsable des éponges, les lave constamment dans de l'eau.

L'incision doit être de 2 à 4 ou 5 pouces de long; on passe dans l'interstice des muscles droits; saisissant ensuite avec deux pinces le péritoine et le soulevant on l'ouvre d'un coup de bistouri sans avoir à craindre de léser les organes sous-jacents. On agrandit la plaie, en passant le doigt dans son intérieur et incisant sur lui.

Lors de tumeur excentrique, on peut inciser ailleurs qu'au lieu d'élection : alors on choisit le point le plus saillant de la tumeur.

Au cours de l'opération on se sert de pinces à pression comme rétracteurs. Les sutures doivent être faites avec la soie de Chine, substance résorbable, si elle est pure, ce que l'on peut reconnaître à sa solubilité complète dans la potasse caustique; pour peu qu'il y ait mélange de coton il reste un résidu; le drainage, pratiqué pour la première fois en 1864 par Kœberlé, qui est resté 4 ans sans pouvoir faire d'adeptes, est aujourd'hui d'un emploi courant, de même le lavage du péritoine qui doit détacher tous les caillots,

tous les débris et qui, en même temps, a l'avantage d'arrêter le suintement des adhérences déchirées.

Après l'opération, L. Tait n'autorise les malades qu'à se rincer la bouche avec de l'eau tiède ; il leur interdit toute ingurgitation de glace, etc. Le second jour il leur donne un peu de lait et d'eau de seltz. Le troisième jour est le jour critique. S'il y a la moindre distension épigastrique, pouvant faire craindre le début d'une péritonite, il faut donner un léger purgatif salin et un lavement.

Au point de vue pronostique il n'y a pas grand compte à tenir de la température ; le grand guide est le pouls, lorsqu'il monte à 120, la situation est grave ; le facies est aussi un bon guide. Une malade qui, après l'opération, n'est pas calme, qui babille et s'agite, est une malade à peu près certainement perdue.

H. H.

Cent laparotomies, par N.-N. Fenomenow. *Vratch*, 1890, nos 16, 18, 19.

Ces opérations exécutées dans l'espace de deux ans et demi se rapportent à des kystes de l'ovaire et des trompes, des fibromes utérins, des grossesses extra-utérines, quelques opérations dans le cours de la grossesse, un sarcome de l'ovaire chez une enfant de 8 ans, une hernie ombilicale opérée sur une enfant d'une heure, un kyste du mésentère. Il y a eu cinq décès, deux femmes étaient atteintes de péritonite fibrino-suppurée, et avaient été opérées sans espoir de réussite ; deux succombèrent à l'infection et la dernière se cachectisa progressivement. Depuis deux ans aucune substance antiseptique n'est employée dans le cours de l'opération, on ne s'en sert que pour le nettoyage du vagin. L'eau bouillie et bouillante est obtenue simplement à l'aide d'un grand samovar.

Dans ces conditions la réunion par première intention n'a fait défaut que trois fois et les suites ont toujours été aussi simples que possible. M. W.

De l'état anatomo-pathologique des ovaires dans les névroses, par Mme S. V. Filemonow.

L'examen microscopique a été fait sur les ovaires de deux femmes opérées par le Dr Lebedew. Elles présentaient toutes les deux des phénomènes douloureux du côté des ovaires, des troubles menstruels et des phénomènes hystériques et les ovaires furent trouvés profondément altérés dans leur structure, quoique peu

volumineux. Les lésions portent sur les vaisseaux, les nerfs et les vésicules de de Graaf. Les artères présentent les altérations habituelles de l'endo-périartérite chronique, le tissu conjonctif des nerfs était notablement hyperplasié et un certain nombre de cylindres axiles atrophiés. Les vésicules de de Graaf en nombre normal étaient presque toutes altérées, quelques-unes gélatineuses, la plupart dépourvues d'œuf, distendues par un contenu granuleux uniforme ; la tunique fibreuse du follicule très épaissie, la couche épithéliale au contraire atrophiée. Dans les quatre ovaires étudiés, l'albuginée présentait une épaisseur et une résistance anormales et la couche corticale de l'ovaire était élargie par rapport à la substance médullaire. Il est à noter cependant qu'il n'y avait pas de sclérose du parenchyme ovarien, pas d'oophorite diffuse proprement dite.

M. Wilbouschevitch.

Considération sur une série de cent laparotomies. (Remarks upon one hundred abdominal sections), par Stansbury Sutton. *The American Lancet, Detroit Mich.*, février 1860, t. XIV, p. 47.

L'auteur a divisé par séries de 10 les cent laparotomies qu'il a pratiquées et montre le nombre de plus en plus considérable des succès qu'il a obtenus. Il donne sur sa manière d'opérer, sur ses aides, sur les substances qu'il emploie des détails parfaitement connus. P. N.

Résultats des laparotomies aseptiques. (Die Resultate der aseptischen Laparotomien), H. Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 29, p. 515.

Du 12 février jusqu'au 4 juillet, il a été fait 52 opérations, dans lesquelles on s'est efforcé de réaliser une asepsie rigoureuse.

Opération de Porro	1
Opération césarienne	1
Ovariotomie	23
Laparo-myomotomie	9
Castration	7
Exsudat	3
Incision dans des cas d'ascites ou incision exploratrice	7
Hernie abdominale	1
	52

De ces opérées, moururent : 1) une femme, qui avait subi la

castration. Elle succomba à des vomissements qui apparurent au sortir de la narcose chloroformique et qui se prolongèrent jusqu'à la mort ; pas de fièvre, pas trace de péritonite ; 2) une opérée, ayant subi la laparo-myomotomie, est morte d'iléus, complication qu'il est impossible d'imputer à la méthode aseptique.

R. L.

Quatorze observations de laparotomie. (Quattordici laparotomie), par Cosentino. *Annali di ostetricia e ginec.* Milano, 1890, p. 76.

Cosentino après avoir décrit sa technique opératoire au point de vue de l'asepsie de l'opérateur, de l'opérée et des instruments, rapporte 13 observations de laparotomie pour kystes de l'ovaire (3 morts) et une observation de fibrome interstitiel. Dans les cas de fibrome, il ne fait la castration que si la tumeur est trop volumineuse, et enclavée dans le petit bassin.

P. Mauclaire.

Des laparotomies pratiquées plusieurs fois sur le même sujet. (Ueber die an derselben Person wiederholten Laparotomien), Velits. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 2, p. 384.

L'auteur a résumé dans un tableau 128 cas relevés dans la littérature médicale, et ajouté 7 observations personnelles.

Il étudie ces faits non point, à l'exemple d'Olshausen, Jacquet, Veit, Gusserow, au point de vue opératoire, mais avec l'intention de dégager des notions de nature à permettre d'éviter la nécessité des laparotomies répétées. Cette étude l'a conduit aux conclusions suivantes : a) Le pronostic des laparotomies répétées n'est pas précisément subordonné aux difficultés opératoires ; il dépend surtout de la nature des processus pathologiques qui les ont motivées ; b) il est remarquable que, dans la grande majorité des cas, ce sont des affections de l'ovaire avec leurs conséquences qui ont justifié la répétition de la laparotomie ; et que, le chiffre de la mortalité s'élève à 26,15 0/0, chiffre près de 3 fois plus fort que celui de la mortalité des ovariotomies en général ; c) de ces notions, il résulte qu'on doit, non point toujours, mais dans bon nombre de cas, prévenir la nécessité d'une nouvelle laparotomie, en basant sa première intervention sur une appréciation judicieuse des caractères anatomo-histologiques du processus pathologique, *et en se gardant d'une chirurgie trop conservatrice.*

En résumé : *On doit, afin d'éluder la nécessité d'une deuxième ovariotomie, faire suivre l'ablation d'une tumeur ovarique reconnue de nature maligne, de l'extirpation de l'autre ovaire quoique paraissant normal.*

R. L.

Des épanchements sanguins intra-péritonéaux. (Ueber intra-peritoneale Blutergüsse), J. Veit. *Samml. Klinisch. Vorträge*, n° 15, 1891.

Depuis Nélaton, on a, en France surtout, appliqué le nom d'hématocèle aux épanchements sanguins dans la cavité abdominale, que ces épanchements fussent encapsulés ou libres. Cette désignation est fâcheuse, au jugement de l'auteur, même en admettant que ces deux variétés d'épanchement aient les mêmes causes. En conséquence, il propose de distinguer, sous le nom d'*hématocèles*, les épanchements encapsulés situés dans la cavité pelvi-abdominale, des épanchements libres aussi bien que des épanchements enkystés siégeant dans une autre région ainsi que des hémorrhagies dans le tissu cellulaire pelvien, auxquels il réserve le nom d'*hématomes*.

Les *grossesses tubaires* sont les causes les plus habituelles des hémorrhagies intra-péritonéales; aussi, l'auteur ayant eu déjà l'occasion de les étudier, les prend comme type des hémorrhagies intra-péritonéales, auxquelles les gynécologues peuvent avoir affaire. Si toutes les particularités propres à ces hémorrhagies n'appartiennent pas à tous les autres cas, il n'en est pas moins vrai que ce qu'elles ont permis d'apprendre sur l'état du sang épanché, peut être généralisé.

Que devient le sang épanché dans la cavité abdominale? Quand une grossesse tubaire aboutit de bonne heure à la rupture de la trompe, en général, les vaisseaux déchirés ne sont pas volumineux. Jamais, dans sa pratique personnelle, Veit n'a constaté de déchirure des anastomoses des artères ovarique et utérine, pas plus qu'il n'a trouvé dans la littérature médicale citation de lésion de cet ordre. En général, le sang émane du sac fœtal, de la zone d'insertion de l'œuf sur la muqueuse, peut-être aussi de quelques artérioles terminales de la trompe. Qu'il ne faille pas compter sur des contractions utérines, comme lorsqu'il s'agit de grossesse utérine, pour oblitérer les points saignants de l'aire placentaire,

le faible développement des parties musculaires de la trompe aussi bien que leur état de relâchement très accusé durant ces premiers stades du développement, le démontrent. Il y a dans ces hémorrhagies deux points intéressants et importants à noter : 1) que, malgré la petitesse du foyer hémorrhagique, l'hémorrhagie est parfois mortelle, alors que, dans les avortements, cette terminaison est tout à fait exceptionnelle ; 2) que l'hémorrhagie se prolonge longtemps (au delà de 48 heures en plusieurs cas) ou du moins qu'elle recommence à plusieurs reprises.

Jusqu'à quel point le sang épanché est-il coagulable ? Maintes fois, cette opinion a été exprimée que, jamais, le sang épanché dans la cavité abdominale ne se coagule, et l'on trouvait dans cette assertion l'explication de ce fait remarquable qu'une hémorrhagie intra-abdominale s'arrête très difficilement. Quand dans les nécropsies on trouve des caillots, on peut à la rigueur penser qu'il s'agit là de phénomènes purement cadavériques ; aussi, l'auteur s'est-il préoccupé, chaque fois qu'il a eu à ouvrir le ventre sur le vivant pour des hémorrhagies, de bien se rendre compte de l'état du sang. Or, *jamais il n'a manqué de constater dans la cavité abdominale la présence de caillots petits et volumineux.* Tout d'abord, il pensa que ces coagulations avaient pour point de départ des corps expulsés en même temps que le sang (œufs, débris ovulaires). Toutefois, cette explication, peu satisfaisante déjà par le seul fait, en certains cas, du nombre et du volume des caillots, lui parut erronée lorsqu'il eut constaté que, dans tous les cas, sauf un, l'œuf reposait sur sa face externe dans la cavité abdominale et qu'il était absolument dépourvu de caillots..., d'où cette conclusion : *règle générale, le sang épanché dans la cavité abdominale se coagule, même quand cet épanchement s'est produit sans expulsion aucune de corps étranger,* œuf, débris ovulaires, qu'à priori on aurait pu considérer comme formant le noyau d'origine du caillot.

Toutefois, *la coagulation paraît se faire plus lentement que dans les autres régions du corps.* Il est rare aussi que la masse principale des caillots siège tout près du foyer hémorrhagique ; le plus souvent, elle en est assez éloignée, et ces deux conditions expliquent les difficultés de l'hémostase spontanée. Elles proviennent aussi de ce qu'il n'y a pas de contre-pression abdominale sérieuse, capable d'agir sur le point qui donne du sang. L'élévation

de la pression abdominale ne peut en réalité se produire d'une façon notable que par la contraction combinée du diaphragme et des muscles abdominaux ; d'ailleurs, cette mise en jeu de la pression abdominale ne peut être qu'intermittente, de peu d'efficacité par conséquent pour arrêter une hémorrhagie, et plus apte d'ailleurs à amener l'évacuation de la vessie et de l'intestin. Un dernier mécanisme de l'hémostase spontanée consiste dans la contraction des vaisseaux. Or, même à ce point de vue, les conditions qui se rencontrent dans une grossesse tubaire sont défavorables. En effet, les sinus développés dans la trompe sont pauvres en fibres musculaires, s'il n'en sont même totalement dépourvus ; aussi, conçoit-on facilement, que lorsqu'une hémorrhagie consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire, se fait librement *dans une cavité abdominale jusque-là saine*, la mort survienne dans la plupart des cas.

Ce dernier mécanisme (contraction vasculaire) de l'hémostase spontanée peut assurément agir plus efficacement dans les hémorrhagies intra-abdominales ayant une autre origine. Toutefois, il est bien remarquable qu'une hémorrhagie secondaire survenue après une opération, et par le fait d'une ligature qui a glissé, s'arrête, d'une manière très exceptionnelle, spontanément.

Autre point. L'expérience enseigne que les grossesses tubaires sont très fréquentes, et aussi, qu'en dépit des difficultés à l'hémostase spontanée, la mort par hémorrhagie est rare. Comment expliquer cette contradiction apparente ? *De ces observations, l'auteur conclut qu'une cavité abdominale saine est la condition de la mort par hémorrhagie, qu'une cavité abdominale malade antérieurement est favorable à l'hémostase* (1).

Les faits cliniques s'expliquent ainsi aisément : en effet, les femmes qui ont des grossesses extra-utérines, ont très souvent été sujettes antérieurement à des poussées de péritonite pelvienne. Or, le facteur qui explique l'hémostase spontanée, la guérison, c'est l'enkystement du sang, lequel est facilité par l'existence d'adhérences.

---

(1) Nous trouvons dans l'ouvrage de Martin « *Traité clinique des maladies des femmes* », trad. française, 1889, p. 522, » la même remarque : « Ces hématocèles sont très rares chez les femmes en bonne santé ; toutes celles qui en sont atteintes ont présenté des troubles menstruels ; etc. » — R. L.

L'hémorrhagie qui s'est effectuée librement dans la cavité abdominale peut-elle aboutir à une hémorrhagie enkystée (hématocèle)? A cette question, l'auteur se basant sur cinq observations personnelles (laparotomies pour des hémorrhagies, pratiquées après un laps de temps supérieur à celui que met l'hématocèle à se constituer), et sur les résultats d'expériences faites sur des lapins, répond par la proposition suivante : *on peut admettre avec une grande certitude que dans les cas d'hémorrhagies se faisant librement dans la cavité abdominale, la femme bien portante jusque-là, continue à perdre du sang jusqu'à ce qu'elle meure, ou que le sang* — sauf complications, bien entendu — *est résorbé et rapidement, sans s'être enkysté.*

On verra que cette proposition a une importance décisive sur la question du traitement. D'ailleurs, il importe aussi de s'en souvenir, quand on se trouve en présence d'affections abdominales d'origine traumatique. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un assez long temps après avoir subi un choc extérieur, un sujet se trouve une tumeur dans le ventre : le médecin est consulté. Dans ces cas, il est certain que l'examen objectif du malade fournit les éléments essentiels du diagnostic. Or, si cet examen permet de constater qu'il s'agit d'une localisation intra-péritonéale — abstraction faite, bien entendu, des hématocèles — on peut, avec la plus grande certitude affirmer qu'il existait, antérieurement au traumatisme, une tumeur restée inaperçue jusqu'alors et qui a été le point de départ de l'hémorrhagie. Par contre, si le médecin constate une tumeur extra-péritonéale, il peut très bien se faire qu'il s'agisse d'un simple hématome, sans tumeur antérieure, parce que les tissus extra-péritonéaux sont beaucoup moins propres à la résorption (suivent deux exemples résumés de ces 2 variétés de cas).

Il ressort des considérations précédentes que l'hématocèle n'est pas l'aboutissant d'une hémorrhagie qui s'est effectuée librement dans la cavité abdominale. Assurément, pour s'expliquer sa production, le plus simple serait de supposer que l'hémorrhagie se fait dans un espace, préformé et limité de tous côtés. Mais, si ces conditions favorables à l'enkystement du sang existent quelquefois, la clinique nous enseigne que l'éventualité est très rare, et l'on n'a peut-être jamais trouvé la trompe complètement isolée du reste de la cavité abdominale. Il faut donc chercher d'autres conditions

étiologiques de l'hématocèle. Nous savons que la cause capitale de la production d'une grossesse tubaire réside très souvent ou même habituellement dans un catarrhe tubaire, et que concurremment avec le catarrhe tubaire, il se fait, sous l'influence de la même cause infectieuse, de la périmétrite, c'est-à-dire un certain nombre d'adhérences. Il semble logique d'admettre, étant donnée la lenteur de l'hémorrhagie, que la formation des caillots, le processus de coagulation est singulièrement facilité par les brides, les adhérences, qui ont pour premier résultat de ralentir encore l'écoulement sanguin. Puis, le premier caillot formé devient un centre de coagulation, et il s'en forme ainsi plusieurs. Or, à mesure que les caillots grossissent, se rapprochent, ils délimitent peu à peu une cavité, communiquant encore, au début, avec la cavité abdominale par quelques pertuis, mais qui vont en s'amoindrissant, jusqu'à s'effacer tout à fait, à mesure que le sang se dépose, se coagule, et parce que la pression de l'écoulement sanguin devient de plus en plus faible. Cette cavité, close, complètement constituée, oppose à son tour une certaine résistance au sang qui, continuant à s'écouler, tend à refouler ses parois dans le sens de la plus faible résistance, c'est-à-dire, habituellement vers la cavité de Douglas, d'où la production habituelle de l'hématocèle rétro-utérine. (Il est clair que dans les cas d'hémorrhagie artérielle, forte, les choses, même au cas d'adhérences anciennes, ne se passent pas ainsi. Les phénomènes menaçant la vie se manifestent beaucoup plus vite quand, dans les cas de rupture des trompes gravides, la violence du jet sanguin s'oppose à la coagulation.) En résumé, deux conditions sont nécessaires pour la production de l'hématocèle : 1° état pathologique antérieur de la cavité abdominale ; 2° mode d'hémorrhagie, semblable à ce que l'on observe dans les cas de grossesses tubaires rompues, c'est-à-dire, écoulement sanguin lent, par poussées successives, et sans forte pression.

Il importe beaucoup, pour le traitement, de déterminer s'il s'agit d'une hémorrhagie s'effectuant librement dans la cavité péritonéale ou d'hémorrhagies enkystées. Or, il faut savoir, que dans le premier cas, l'examen objectif (percussion, palper combiné, etc.) ne donne aucun renseignement utile. Le diagnostic doit être principalement édifié sur la *constatation d'une anémie extrême après exclusion de toutes autres sortes d'hémorrhagies* (hémorrhagie externe, hémorrhagie vésicale, dans l'intestin). Ce diagnostic d'hémorrha-

gie, se faisant librement, dans la cavité intra-péritonéale, une fois établi, les succès de l'intervention dépendent beaucoup de sa rapidité.

En ce qui concerne le procédé opératoire, il est, selon Veit, deux conditions importantes à réaliser : 1) *placer le sujet avec le siège fortement élevé*, mode de décubitus qui a pour avantage d'éloigner le sang du foyer hémorrhagique, de rendre celui-ci très apparent, et de faciliter l'hémostase. De sa pratique personnelle, Veit conclut qu'il n'est pas nécessaire, comme on l'a soutenu, d'évacuer le sang contenu dans la cavité abdominale ; que si l'on objectait, néanmoins, la nécessité de cette évacuation contre l'emploi du décubitus avec le siège élevé, l'objection n'en serait pas moins peu valable, puisqu'il suffit, l'hémostase étant assurée, de remettre immédiatement le sujet dans le décubitus voulu ; 2) *assurer l'hémostase* non pas seulement en liant les points saignants, mais en *liant les deux vaisseaux afférents dans leur continuité*, l'artère spermatique, par exemple, au moment de sa sortie du ligament large, et l'artère utérine ou plutôt son rameau anastomotique, qui longe immédiatement la face latérale de l'utérus. Cela suffit parfaitement quand il s'agit d'hémorrhagies consécutives à la rupture de grossesses tubaires. Dans certains cas, il est nécessaire de faire des ligatures plus profondes.

Quant à la conduite à tenir dans les cas d'hématomes ou d'hématocèles, l'auteur ne s'en occupe pas. C'est celle qui a été déjà indiquée par Zweifel (1) et Gusserow (2).

R. L.

Rapports de la grossesse masquée avec la chirurgie abdominale. (Conciliated Pregnancy ; its relations to abdominal surgery), par A. Van der Veer, professeur au collège médical d'Albany. *Amer. J. of obst.*, 1889, nov., p. 1121.

L'auteur rapporte deux cas personnels, et huit autres cas qu'il a pu réunir, dans lesquels le médecin fit la laparotomie, sans avoir diagnostiqué la gestation.

Quatre des opérées moururent peu après l'opération, cinq survécurent. L'auteur ne connaît pas le sort de la dixième.

Les opérateurs étaient : Van der Veer (fibrome, sarcome) ;

(1) *Arch. f. Gynäk.*, Bd XXII, p. 185.
(2) *Ibid.* Bd XXIX, p. 389.

C. Kellock, R. Barnes, Granville, Bantock (sarcomes) ; Péan, Fauvel, A. Patterson (fibro-myômes) ; J. H. Etheridge, L. Washif (fibromes multiloculaires).

L'auteur croit que dans tous les cas, les symptômes indiquaient l'opération, et s'appuie sur l'opinion énoncée par L. Tait : « Lorsque la vie est menacée, ou insupportable, que les traite- « ments ordinaires sont impuissants, le diagnostic exige une « incision exploratrice, qui le fixera et ouvrira la voie au traite- « ment ».

Puis Van der Veer discute les détails de 68 cas de ce genre et conclut ainsi :

1° Les conditions étaient telles que, si elles se rencontrent dans d'autres cas, on ne pourra pas éviter la même erreur.

2° et 3° Avant d'opérer, le chirurgien s'assurera de toutes les sources de lumières qui seront à sa portée, et examinera soigneusement la malade.

4° Lorsqu'il aura le moindre soupçon de la grossesse, il en fera part à la malade ou à son entourage.

5° Il exposera aux intéressés la nécessité de l'intervention.

6° Il est nécessaire de rapporter en détail tous les cas de ce genre, afin d'en éclairer l'histoire.

7° On doit reconnaître que surtout jusqu'au 5e ou au 6e mois, la grossesse peut être masquée par quelque maladie abdominale.

A. C.

Deux cas d'avortement manqué. (Zwei Fälle von « Missed abortion »), CHOLMOGOROFF. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXII, Hft 11, p. 302.

Dans l'un des cas, le développement de l'œuf s'arrêta sous l'influence de causes restées inconnues. Cependant les éléments de l'œuf restèrent encore plus de 7 mois dans la matrice, en sorte qu'il s'écoula, depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de l'expulsion de l'œuf, plus de 11 mois. Fœtus et annexes étaient encore à l'état frais quand ils furent expulsés. On n'intervint pas chirurgicalement, parce qu'à aucun moment il ne se produisit de symptômes de nature à motiver une intervention. Dans le second cas, la grossesse dura environ 3 mois, mais les produits de la gestation restèrent retenus dans l'utérus encore plus de deux mois. Également dans ce cas, on fit de l'expectation. L'auteur a cru devoir rapporter ces deux faits en raison de leur rareté. R. L.

Traitement des laparotomisées. (Aftertreatment of Laparotomy), par T. J. WATKINS, de Chicago, *Am. J. of obst.*, 1890, sept., p. 929.

Avant de rapporter l'opérée dans son lit, il faut sécher complètement son corps, et la nettoyer ; il n'est pas nécessaire de lui mettre un pantalon et des bas, qui gêneraient et rendraient malaisés les pansements ; une camisole de flanelle et une chemise de nuit suffisent.

Sa chambre doit être *chirurgicalement propre*. Sur le matelas, on fixe un drap sans plis ; sur le drap, une feuille de tissu imperméable, un drap, puis une alèze ; sur l'opérée, un drap et assez de couvertures pour la maintenir au chaud. Le lit doit avoir été chauffé au préalable, et la température de la chambre sera maintenue entre 21°,5 et 22°,2 ; elle sera parfaitement ventilée, et on y laissera pénétrer librement le soleil.

Si la température du corps descend au-dessous de la normale, on rétablira la circulation au moyen des frictions, de la chaleur, des stimulants et de couvertures. Parmi ces moyens, les frictions sont de beaucoup préférables, car la chaleur artificielle et les couvertures produisent la dépression ; les stimulants commencent par augmenter la congestion viscérale, les frictions la diminuent.

Il est parfois utile de relever les pieds du lit, de telle sorte qu'il fasse un angle de 30° avec l'horizontale ; c'est une stimulation utile, qui diminue le travail du cœur.

Quant aux *stimulants* (1), il vaut mieux les administrer par le rectum. L'auteur préfère l'eau-de-vie de raisin (*brandy*) à l'eau-de-vie de grains (*whiskey*) ; le meilleur véhicule est le thé de bœuf (2) qui renferme les sels du sang.

Les injections hypodermiques de cognac sont parfois nécessaires : on peut y adjoindre l'esprit aromatique d'ammoniaque (composé de carbonate d'ammoniaque, d'ammoniaque liquide, d'huile volatile de muscade, d'huile de limon, d'alcool rectifié et d'eau). L'auteur rejette les injections d'éther.

Les vomissements, d'après lui, sont de cause cérébrale, et seront

---

(1) En anglais, le mot *stimulants* n'est guère employé que pour désigner les alcooliques (A. Cordes).

(2) Préparé par une longue ébullition en vase clos, et non par infusion (A. Cordes).

combattus par les applications de moutarde, le froid et la chaleur, l'abaissement de la tête de la malade, et les injections de la solution de Magendie (morphine).

Georges Smith recommande l'administration d'une grande quantité d'eau chaude, Kussmaul, le lavage stomacal avec la pompe, qui est inutile si le vomissement n'est pas causé par l'élimination de l'anesthésique par la voie gastrique ; dans ce cas, les stimulants volatils seront inutiles.

Si l'éther — l'auteur ne parle pas des autres anesthésiques — cause une congestion des reins, il faut stimuler la sécrétion rénale par l'administration de liquides abondants, si l'estomac les supporte, ou injectés par le rectum. Les ventouses sèches sont indiquées. La quantité d'urine rendue varie de 500 à 1000 gr. par jour.

Il faut éviter la *bronchite* en couvrant la poitrine de l'opérée avec du coton ; si la bronchite se produit, on la traitera comme d'habitude, mais en évitant les expectorants.

La *douleur* sera combattue par les applications de chaleur sèche ; il faut, autant que possible, éviter de donner de l'opium ; mais il ne faut pas sacrifier le repos de l'opérée à un parti pris.

Dans le cas d'*agitation*, on prescrira les bains et le massage.

Les meilleurs *calmants* sont : les bromures, l'antipyrine, la valériane, la jusquiame. Il est parfois nécessaire de prescrire des *spécifiques*.

La *soif* sera traitée par les boissons stimulantes *chaudes*.

L'auteur rejette l'eau glacée, qui désaltère peu et produit ordinairement des vomissements.

La *flatulence* est fort pénible; elle peut exiger l'emploi du tube rectal, et des clystères chauds. Watkins recommande la liqueur de Labarraque, la térébenthine, l'asa fœtida, la menthe verte, la menthe poivrée, le charbon végétal, l'esprit aromatique d'ammoniaque.

L'opérée rend plus aisément les gaz intestinaux, quand elle se couche sur le côté gauche. Le lait est la meilleure nourriture, il se digère mieux, quand on lui associe les eaux carbonatées : Vichy, Seltz, l'eau de soude, l'eau de chaux n'aide pas autant à la digestion du lait.

L'opérée ne doit prendre aucune nourriture avant la fin des premières 24 heures; dès lors, on commencera à l'alimenter prudemment et progressivement.

Le 6e jour, elle peut prendre du punch au lait ou à la crème, des huîtres, des œufs peu cuits, etc.

Il vaut en général mieux ne pas *purger* avant le 5e ou le 6e jour. Watkins recommande l'administration du tartrate de potasse et de soude par doses de 4 gr., dans de l'eau de Seltz, toutes les heures pendant 6 ou 8 heures.

Il aime mieux le calomel en poudre qu'en tablettes, et recommande un lavement, s'il est nécessaire, car l'accumulation se produit surtout dans le gros intestin.

Si l'usage de la *sonde* est nécessaire, il faut prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Les *bains* et le *massage* quotidiens sont fort utiles.

L'opérée doit conserver le décubitus dorsal pendant 24 heures. De plus, elle peut changer de position de temps en temps.

La *plaie*, si l'on n'a pas mis de drain, doit être laissée tranquille pendant 6 ou 7 jours; on peut alors enlever les fils.

L'*hémorrhagie* peut exiger une opération. Watkins a pu arrêter une hémorrhagie, avec une irrigation d'eau sublimée à 46°.

Dans la *septicémie* les purgations sont l'ancre de salut; la nature nous donne l'indication de la voie d'élimination, par la diarrhée; le calomel est le meilleur purgatif, dans ce cas. Watkins recommande aussi le sel de la Rochelle, et les lavements de sulfate de magnésie, qui lui ont donné des résultats remarquables.

Il faut maintenir les émonctoires en action.

A. Cordes.

De l'extirpation par voie abdominale de l'utérus myomateux; traitement rétro-péritonéal du pédicule. (Zur Exstirpatio uteri myomatosi abdominalis, die retroperitoneale Stielversorgung), H. Chrobak. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 35, p. 713.

La question du traitement extra-péritonéal et intra-péritonéal du pédicule utérin après l'hystérectomie, n'est pas encore définitivement résolue. L'auteur s'en est déjà occupé dans un article intéressant (1). Il la reprend aujourd'hui, pour insister plus particulièrement sur deux points essentiels de la méthode qu'il a imaginée.

En l'espace de 9 mois, il a pratiqué 17 fois l'extirpation de l'utérus par l'abdomen pour des myômes de cet organe. Tous les 17

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 169.

cas ont guéri. Chez 15 des opérées, la marche de la guérison ne fut pas troublée par le moindre accident, et le séjour des malades à l'hôpital varia de 17 à 28 jours. Deux fois, la guérison fut retardée par la formation d'un abcès paramétritique, qui, d'ailleurs, évolua presque sans fièvre et s'ouvrit spontanément dans le vagin.

Bien qu'il soit très loin de la pensée de l'auteur de prétendre que la méthode convienne pour tous les cas, il croit néanmoins qu'il est autorisé par les résultats précédents à repousser les nombreuses objections qui lui ont été faites par un si grand nombre d'auteurs et en particulier par Brennecke. Il serait injuste de passer délibérément condamnation sur une méthode opératoire qui a permis de mener si simplement à la guérison 17 cas de fibromes, et Chrobak fait remarquer qu'il n'a pas fait de sélection, qu'il a opéré les cas les plus difficiles, les plus compliqués.

Des objections soulevées, il en admet une : que *l'opération peut être difficile pour le chirurgien.* Elle n'est pas à la portée du chirurgien qui ne possède pas une certaine dextérité technique et de la patience. Envisagée au point de vue des malades, l'auteur est convaincu que cette méthode opératoire, sous la réserve qu'il ne soit point commis de faute de technique, n'est pas plus importante ni plus grave que tout autre laparotomie de durée moyenne.

D'autre part, il tient pour extrêmement important, et pour très difficile à réaliser en certains cas, la désinfection absolue du col et du vagin. Et c'est sur cette considération que sont basées l'indication et l'emploi du procédé qu'il va décrire.

Chrobak est persuadé que, dans l'hystérectomie abdominale totale, *il est extrêmement avantageux de tailler méthodiquement deux lambeaux aux dépens du revêtement péritonéal de l'utérus ou de la tumeur utérine.* On procède à la dissection de ces lambeaux après la section des ligaments, c'est-à-dire avant l'application du lien constricteur. Le décollement de la séreuse n'est pas toujours facile et, en général, réussit mieux sur une face de l'utérus ou de la tumeur que sur l'autre.

Il importe beaucoup, quelle que soit la tension du péritoine, que les lambeaux soient inégaux pour que dans l'occlusion de la cavité péritonéale il soit possible de mettre en contact de larges surfaces. Il importe également, pour d'autres raisons, que les lambeaux taillés soient inégaux.

Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir, avant l'opération, une

désinfection rigoureuse du col et du vagin, l'auteur considère l'extirpation totale comme contre-indiquée, et utilise la portion la plus inférieure du col pour assurer l'occlusion du vagin. Ce petit moignon cervical est destiné à être recouvert par les lambeaux réunis.

Technique opératoire : Incision abdominale, traction en dehors de la tumeur, traitement des ligaments larges comme dans l'hystérectomie totale, section et dissection des lambeaux dont l'un est beaucoup plus étendu que l'autre (pour que la ligne de suture des lambeaux se trouve bien en delà ou en deçà de la ligne de suture du moignon cervical, et par là obtenir une sécurité plus grande contre le passage des liquides exsudés au niveau de la plaie utérine ou des liquides, substances et agents nocifs contenus dans la cavité cervico-vaginale), application du lien élastique, ou, quand la tumeur le permet, ligature profonde des artères utérines tout près des culs-de-sac vaginaux ; section du col environ 1/2-1 centim. au-dessus de l'insertion du vagin ; cautérisation énergique du canal cervical avec le Paquelin et de la surface de section, suture du col (1) au moyen de quelques ligatures antéro-postérieures. Suture du péritoine pelvien. Sur les côtés les moignons des ligatures des ligaments sont recouverts par le péritoine au moyen d'une suture séro-séreuse ; enfin, on suture les lambeaux séreux au-dessus du pédicule abandonné.

Il est facile de voir, par le détail de la méthode, qu'il s'agit là d'un *traitement extra-péritonéal et rétro-péritonéal* du pédicule.

R. L.

De la ligature élastique (Il laccio elastico), par MARTINETTI. *Annali di ost. e ginec.* Firenze, déc. 1889, p. 515.

Martinetti recommande ce mode de ligature dans l'amputation sus-vaginale de l'utérus pour myômes et dans l'amputation utéro-ovarienne. Il rappelle de nombreuses expériences qu'il a faites chez des lapins et qui lui ont donné de très bons résultats quand le lacs est solide et aseptique.

P. MAUCLAIRE.

---

(1) Quand le drainage est jugé nécessaire, la technique opératoire subit quelques modifications. Mais les deux conditions essentielles de la méthode : *dissection de deux lambeaux séreux*, et *non juxtaposition de la suture des deux lambeaux et de la suture cervicale*, sont intégralement maintenues.

VARIA

Un cas de tumeur du petit bassin traitée par la galvano-puncture ; guérison. (A case of pelvic tumour treated by galvano-puncture : cured), par J. INGLIS PARSONS. *British med. Journ.*, 13 avril 1889, p. 824.

Malade de 44 ans, mariée, portant entre la vessie et l'utérus une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dépassant le pubis, refoulant la paroi antérieure du vagin, mais libre de toute connexion avec l'utérus. Dans l'espace de deux mois et demi la malade fut soumise à 28 séances d'électro-puncture : deux aiguilles de platine reliées au pôle positif étaient enfoncées dans la tumeur à travers la paroi antérieure du vagin ; une large électrode placée sur l'abdomen communiquait avec le pôle négatif. La durée de chaque séance était de 20 ou 30 minutes et l'intensité du courant variait de 100 à 150 milliampères ; à la suite, pansement vaginal antiseptique. Un an après la tumeur avait diminué des 2/3 et les signes fonctionnels avaient disparu.

L'auteur insiste sur la nécessité d'isoler le corps de l'aiguille et de ne laisser libre que l'extrémité qui sera enfoncée dans la tumeur ; la portion de muqueuse vaginale en contact avec l'aiguille ne sera pas détruite ; l'occlusion sera très rapide et les chances d'infection diminuées.

P. N.

Sur le passage de la morphine dans le lait de la femme. (Sul passagio della morphina nel latte della donna), par PINZANI. *Ann. di ginec. e ostetric.* Milano, 1890, p. 57.

Tarnier et Chantreuil avaient obtenu chez les animaux des résultats contradictoires. Pinzani expérimentant chez des nourrices, conclut que la morphine prise à dose thérapeutique ne passe pas dans le lait à l'état de morphine et si elle y passe c'est en si faible quantité qu'elle ne détermine pas de trouble fonctionnel chez l'enfant.

P. MAUCLAIRE.

Sur l'élimination de l'antipyrine par la glande mammaire chez les nourrices. (Sulla eliminazione dell antipirina per la glando la mammaria nella donna lattante). PINZANI. *Ann. di ostetric. e ginec.* Milano, 1890, p. 58.

L'auteur avait remarqué des troubles gastro intestinaux chez des enfants dont les nourrices prenaient de l'antipyrine. Pinzani rappelle l'opinion de Roncaglia pour qui l'antipyrine administrée à une nourrice n'est pas nuisible pour l'enfant, et l'opinion de Tenin qui en retrouva à peine quelques traces dans le lait. Enfin Ross pensait que l'antipyrine diminue la sécrétion du lait.

De ses expériences, Pinzani conclut que l'antipyrine passe en faible quantité dans le lait dont elle ne diminue pas la sécrétion.

P. MAUCLAIRE.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'inversion utérine par traction sur le cordon. Dr R. BELIN, 1891. — Ce travail, dans lequel l'auteur étudie la pathogénie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement (prophylactique et curatif) de l'accident en question, a pour point de départ un cas d'*inversion utérine complète post-partum*, due à des tractions intempestives exercées par une sage-femme sur le cordon. Le col était complètement retourné, et la masse de l'utérus et du placenta pendait à la vulve ; le placenta fut détaché cotylédon par cotylédon, ce qui fut extrêmement difficile, le délivre étant fortement adhérent. Puis des tentatives de réduction furent faites, elles échouèrent. L'accouchée fut envoyée à l'hôpital où elle expira quelques minutes après son arrivée.

En ce qui concerne le traitement des formes aiguës, l'auteur, suivant la pratique du reste généralement admise, donne la préférence à la réduction manuelle pratiquée avec douceur. Mais il importe de préciser avant l'intervention, s'il s'agit d'une inversion complète (col entièrement retourné) ou incomplète (la portion cervicale restant en totalité ou presque complètement dans ses rapports normaux). Dans cette seconde éventualité, comme il existe au niveau du pédicule deux cylindres emboîtés, l'un cervical, l'autre formé par la partie inversée, le mieux est de tenter la réduction à la façon de la réduction herniaire, c'est-à-dire, de faire rentrer le cylindre interne petit à petit dans la cavité cervicale non inversée, faisant parcourir ainsi en sens inverse à la portion de l'utérus inversée les diverses phases de l'inversion. Dans les cas d'inversion complète, la réduction par refoulement du fond est le procédé de choix.

Contre les formes chroniques, les procédés que l'auteur énu-

mère rapidement sont multiples : a) procédés de force (taxis manuel ou avec un instrument, débridement du col, réduction après laparotomie...) ; b) procédés de douceur (pessaire à air, colpeurynter, tamponnement à la gaze iodoformée....). Pour les formes rebelles, l'excision de la partie inversée est justifiée. R. L.

Du traitement général de la septicémie puerpérale, avec considérations spéciales sur trois cas observés à la « Konigl. und Universitats Frauenklinik » à Göttingen. (Die Allgemeinbehandlung der puerperalen Sepsis, etc) A. Lorenz.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Grechen. *Gynæk. Studien und Erfahrungen*, Neuwied, 1891. — **Hirschfeld**. *Compendium der Frauenheilkunde für Studirende*, Leipz., 1891. — **Jones**. *Practal manual of diseases of women and uterine therapeutics ; for students and practitionners*, Lond., 1891. — **Löhlein**. *Gynækol. Tagesfragen*. Wiesbaden, 1891. — **Neuhaus**. *Gefahren der sexuellen od. Geschlechtskrankheiten*, München, 1891. — **Péan**. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1891, n° 75, p. 689.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Caldwell**. Rectal medication in pelvic troubles. *Tr. South. Surg. and Gynec. Assoc.*, 1890, 308-313.— **Czempin**. Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 45, p. 905. — **Edebohls (George-M.)**. A combined laparotomy and gynecological operating-table. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 598. — **Falk**. Hydrastinin bei Gebarmütterblutungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 49, p. 985. — **Féaux**. Noch ein Fall von Lähmung nach einer subkutanen Etherinjection. *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 922. — **Glaeser**. Dermatol, Kein Ersatz für Iodoform. *Cent. f. Gyn.*, n° 40, p. 801. — **Herman (E. Hayd)**. The treatment of uterine hæmorrhage. *Med. Record*, N.-Y., 1891, vol. XL, n° 25, p. 731. — **Lefour**. Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines. *Gaz. de Gyn.*, Par., 1891, VI, 193 ; 209. — **Lindblom**. Beobachtungen über Veranderlickeit in den weiblichen Beckenorganen. *Zeits. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 85. — **Lorenz**. Drei Falle von Cocainintoxikation. *Cent. f. Gyn.*, n° 51, p. 1033. — **Madden (T. More)**. Endo-Uterine Therapeutics. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 258. — **Philipps (John)**. On rapid dilatation of the cervix and uterine cavity by Hegar's graduated Bougis. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 1119. — **Pichevin**. Accident causé par une laminaire. Perforation incomplète de la paroi recto-vaginale. *Nouv.*

Arch. d'obst. et de gyn., n° 12, p. 592. — **Ter-Grigoriantz**. Ueber die Anwendung des Iodoformtannins bei flussigen Exsudaten und Bortannins bei Bluttungen. *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 921. — **Trendelenburg**. Operationsstuhl zur Beckenhochlagerung. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Tubing., 1891-2, VIII, 225-230. — **Winckel**. Ueber einige neue plastische Operationen an den weiblichen Sexualorganen. *München. med. Wochschr.*, 1891, XXXVIII, 535-537.

VULVE, VAGIN. — **Cholmogoroff**. Ein fall von Heilung des Pruritus Vulvœ durch den konstanten Strom. *Cent. f. Gyn.*, Leipz., 1891, XV, 612-614. — **Forbes**. Case of acquired atresia hymenalis. *Australas Med. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 268. — **Georgii**. *Ub. das Hæmatom der Vulva und Vagina*. In Diss., Tübingen, 1891. — **Giulini**. Saour der Vulva. *Cent. f. Gyn.*, n° 52, p. 1049. — **Larin**. Rétrécissement du vagin. *Gaz. Méd. de Montréal*, 1891, V, 296-302. — **Meyer**. Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. *Zeits f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 179. — **Oliver**. Cancer of the vagina at the age of 26. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 272. — **Polacco**. Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia causata dal coito. *Annali di ost. e gyn.*, Milano, 1871, 29. — **Polaillon**. Enorme fibromyome de la grande lèvre; opération, guérison. *Gaz. méd. de Par.*, 1891, VIII, 377. — **Skutsch**. *Vulvovaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen*. In Diss., Iéna, 1891.— **Strassmann**. Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, n° 41, p. 825. — **Townsend**. A report of four cases of cancer of the clitoris where clitoridectomy was performed. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1891, 317.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **W. Alexander**. The reciprocal effects of pregnancy and parturition upon the operation of shortening the round ligaments of the uterus. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 348. — **Chrysaphis**. *De la curabilité de la rétroversion utérine par la réduction et la contention mécanique sans opération sanglante*. Paris, 1891. — **Flaischlen**. Zur Ventrofixatio uteri. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 185. — **Hewitt Graily**. Offensive Leucorrhea associated with acute anteflexion. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, II, 188. — **Landfried**. *Ub. oper. Behandlung d. Prolapsus Uteri and Vaginæ*. Heidelberg, 1891. — **Lenerkahn**. *Ueber Descensus und Prolapsus Uteri in ätiologischer, symptomatologischer und therapeutischer Beziehung*, Munchen, 1891. — **Sancho Martin**. La laparohisteropexia en el descenso completo de la matriz. *Cron. med.*, Valencia, 1891, XIV, 353-365.— **Richmond**. Alexander's operation; cystitis. *Tr. M. Ass. Missouri Kansas City*, 1891, 28-30. — **Rochet**. Des prolapsus génitaux de la femme; traitement. *Province méd.*, Lyon, 1890, IV, 457-460; 1891, IV, 73-75. — **Strelin**. Ventrale Fixation als Mittel zur Hebung d. Prolapsus uteri. — **Treub**. Over retroflexio uteri. *Nederl. Tijdschr. v. Verloosk. en gynec.*, Haarlem, 1891, III, 23-46. — **Vineberg (H.-D.)**. The treatment of retro-displacement of the uterus, with adhesion, by Brandt's method. *Med. Rec.*, N.-Y., 11 july 1891, p. 36. — **Zaramella**. Di un caso di gastroisteropexi per prolasso interino di 3e grado. *Stud. di ostet. e ginec.* Milano, 1890, 39-43.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ashby**. Observation on the treatment of septic endometritis. *Maryland M. J.*, Balt., 1891, XXV, 331, 33. — **Dorsett**. Chancroid of the cervix uteri, dœsit occur?

Weekly M. Rev., St-Louis, 1891, XXIV, 121. — **Duke.** Note on the value of ignipuncture in the treatment of hypertrophied cervix uteri. *Lancet*, Lond., 1891, II, 611. — **Hart.** High amputation of the cervix. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 25 juillet 1891, XXVII, 114. — **Johnstons.** The microscope in chronic metritis. *Cincin. Lancet Clinic*, 1891, XXVII, 365-368. — **Kelly.** Purulent endometritis and resulting localised purulent peritonitis with secondary abcesses in the liver; no pycemia. *Glasgow. M. J.*, 1891, XXXV, 456-458. — **Schmal.** L'anatomie pathologique de l'endométrium. *Arch. de tocol.*, Paris, 1891, XVIII, 385, 464, 534. — **Vaslin.** Trachélorrhaphie pour déchirure bilatérale du col, compliquée de brides cicatricielles. *Bullet. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1891, 1er semestre, p. 51.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Arron.** Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1891, p. 1145. — **Batuaud (J.).** *Les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus; l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage.* Th. Paris, 1890-91. — **Berthault.** Etude sur les fibro-myômes fluctuants et hydrorrhéiques de l'utérus. *Méd. mod.*, Paris, 1891, II, 337; 360. — **Benckiser.** Ueber eine seltene Art von secundärem Carcinom des Uteruskörpers. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 337. — **Bonnet.** Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins. *Rev. obst. et ginéc.*, Paris, 1891, VII, 261-268. — **Carstens.** Vaginal hysterectomy for insanity. *Harper Hosp. Bull.*, Detroit, 1891-92, II, 11-13. — **Casati.** Nota clinica su di un caso di utero cameroso esportato per la via del sacro. *Raccoglitore Med.*, Forli, 1891, XI, 389-398. — **Chevrier.** Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromyômes utérins par la méthode Apostoli. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, no 10, 503, 542. — **Coe (Henry C.).** Adenoma uteri. *Am. J. of the med. Sc.*, Philad., 1891, II, 109. — **Cushing.** Vaginal hysterectomy for cancer. with reports of twenty one cases. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, 1890-91, IV, 455-460. — **Cuzzi.** Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneal del peduncolo nelle laparomiomotomie. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 129-162. — **Dubrueil.** Hydropisie enkystée du péritoine; fibrome utérin sous-péritonéal, kyste papillaire de l'ovaire droit; papillome du péritoine; opération, mort. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpellier*, 1891, XIII, 373-375. — **Elischer.** Ueber Veranderungen der Schleimhaut des Uterus bei Carcinom der Portio vaginalis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXII, Hft 1, p. 15. — **Gilliain.** Operative treatment of uterine cancer. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 286-292. — **Goullioud.** Hystérectomie pour cancer utérin et pour prolapsus; extirpation vaginale du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. *Lyon méd.*, 1891, LXVII, 347; 389. — **Goullioud.** Hystérectomie abdominale suivie de l'extirpation vaginale du pédicule. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, no 10, p. 743. — **Harses.** Two cases of vaginal extirpation of the uterus for carcinoma; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, I, 1429. — **Haynes.** Vaginal hysterectomy for epithelioma of the entire uterus; vaginal hysterectomy for adenoma of the uterus; description of a novel position for vaginal operations. *Intern. J. Surg.*, N.-Y., 1891, IV, 1888. — **Hofmokl.** Entfernung eines Kindskopfgrossen Fibromyom der vorderen Vaginalwand durch elastische Ligatur. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 1229-1233. — **Hörschelmann.** *Beitrag zur Casuistik der*

Myomotomæ, Dorpat, 891. — **Jaboulay**. Enucléation par la laparotomie de 9 fibromes utér. interstitiels. *Lyon médical*, 15 nov. 1891. — **Kelly**. Cancer of the cervix uteri in the negress; physometra in the negress due to cancer; mania following operation; recovery. *Tr. South. Surg. and Gyn. Ass.*, 189), Phil., 1891, III, 386-390. — **Kreuznach**. On the treatment of Fibroïds Tumours of the womb. *Edinb. m. J.*, novembre 1891, p. 447. — **Lamb (James)**. Uterine Fibroïds. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 22 août 1891, XXVII, 235 — **Layral**. Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. *Loire méd.*, St-Etienne, 1891, X, 185-190. — **Mangiagalli**. Presentazione di uteri esportati per via vaginale con alcune considerazione del carcinoma uterino. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1891, p. 647. **Mason**. Note on the operative treatment of uterine cancer. *Dublin J. M. Sc.*, 1891, XCII, 194-198. — **Mac Ardle**. The treatment of the pedicle after myômectomy and hysterectomy. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, LII, 56. — **Montgomery**. Vaginal hysterectomy. *J. gynec.*, Toledo, 1891, I, 134-141. — **Nairne (Stuart)**. Study of the treatment of uterine tumours by electricity, by Dr Thomas Keith. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 217. — **Paton (Stewart)**. Some points in the anatomy and physiology of the, uterus, with special reference to the adenoid character of the endometrium. *Med. Record*, N.Y., 1891, vol. 40, n° 26, p. 760. — **Petit**. Hystérectomie vaginale pour début d'épithélioma endométritique. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 11, p. 565. — **Piaseski**. Contribution au traitement des fibromes utérins par la voie vaginale. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 11 p. 529. — **Prochownick**. Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf die Gebärmutter. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 72. — **Robb**. Cœliotomy for myoma of the uterus; hysteromyomectomy; infection by bacterium coli commune, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, Balt., 1891, II, 133. — **Rosa**. An inquiry into our present knowledge of the progress of myomatous tumours. *Tr. Med. Soc. N. Y.*, Phil., 1891, 297-307. — **Schneck**. On the treatment of fibroids tumors of the womb by the injection of ergot into their substance. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, X LI, 338-340. — **Schwyzer**. Zur Anatomie der Lagenveränderungen des Uterus. *Zeit. f. Geb. u. Gyn; Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft. 1-2, p. 209. — **Spencer (H.-R.)**. Fibroïd polypus of Uterus. Death under Ether. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, II, 424. — **Lawson Tait**. The surgical treatment of uterine myoma. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1005. — **Termikaeljautz**. Sur les myômes de l'utérus durant la grossesse, et sur les diverses méthodes opératoires pendant la première moitié de la grossesse. *Vrach. St.-Petersb.*, 1891, XII, 472; 498. — **Wenning**. Vaginal hysterectomy for cancer; death from diphtheria of the sexual organs. *Cincin. Lancet. Clinic.*, 1891, N. S., XVII, 333. — **Winter**. Ueber die Schroeder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 196. — **Zaborowski (Stan.)** *Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse.* Th. Paris, 1890-91, p. 232. — **Zweifel**. Ueber die intraperitoneale Stielbehandlung bei der Myomektomie. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1 et 2, p. 62.

INFLAMMATIONS PÉRIU-TÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Accouci**. Sulla cura della parametrite suppurata. *Stud. di ostet. e gynec.*, Milano, 1890

335-345. — **Baldy**. The behavior and results of three cases of pelvic inflammatory disease. *Ann. Gync. and Pædiat.*, Phil., 1890 91, IV, 498-506. — **J. W. Ballantine**. The Histology and Pathology of the Fallopian tubes. *Brit. Med. Jour.*, Lond., 1891, I, p. 107, 168. — **Bell (Robert)**. The treatment of chronic disease of the uterine adnexa. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 277. — **Bell (Robert)**. Treatment of chronic disease of uterine adnexa. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, p.992.— **Crofford**. How I have dealt with my last ten cases in which pus was found in the abdomen. *Daniel's Texas M. J.*, Austin, 1891-2, VII, 77-84. — **Dagot**. *De la nature de quelques hemato-salpinx*. Th. Paris, 1890-91, n° 249. — **Evans**. Report of a case of removal of pus tube complicated with pregnancy. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Phil., 1890-1, IV, 709-712. — **Forster** Open Fallopian tubes. *Homœop. J. Obst.*, N. Y., 1891, XIII, 406-409. — **Goullioud**. Débridement vaginal des collections pelviennes ; méthode du professeur Laroyenne. *Arch. de tocol. et de gyn.*, Paris, 1891, XVIII, 561-576. — **Hahusseau (Paul)**. *Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes*. Th. Paris, 1890-91, n° 248. — **Hooper**. Case of pelvic hæmatoma treated by abdominal section. *Brit. Gynec. J.*, Lond., 1891-2, VII, 51-57. — **Kletzsch**. A clinical report of two cases of removal of ovaries with intestinal lesions. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 931-935. — **Mercier**. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire *Union méd. du Canada*, Montréal, 1891, 337-344. — **Mickwitz**. *Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stieltorsion ; ein casuistischer Beitrag zur Pathologie der Eierstocksgeschwülste*, Dorpat, 1891. — **Noble (Charles)**. Pelvic inflammation in women. *The American Lancet*, Detroit, Mich., juillet 1891, t. XV, 243. — **Noble**. Four cases of true pelvic abscess. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 237. — **L. Pérignon**. Péri-ovario-salpingite suppurée d'origine puerpérale ; état septique prolongé. Laparotomie, guérison. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 6 nov. 1891. — **Petit**. Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 10, p. 488. — **Polk**. A report upon certain operations designed to preserve the uterine appendages. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 1039-1062. — **Reclus**. De la pelvi-péritonite. *Semaine méd.*, Paris, 1891, XI, 281-283. — **Skene (Alex.-J.-C.)**. The pathology and treatment of chronic ovaritis. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 18 juin 1891, CXXIV, 597. — **Smith**. Pelvic abscess proving to be a case of pyosalpinx with tubercular deposit. *Brit. Gynec. J.*, Lond., 1891-2, VII, 31-42. — **Strong**. Laparotomy verifying the diagnosis of pelvic cellulitis. *Boston Med. and Surg. Journal*, 9 juillet 1891, CXXV, 32. — **Gaillard (L.-Thomas)**. Conservative surgery applied to the ovary. *Med. Record*, N. Y., 1891, vol. 40, n° 25, p. 729. — **Walker**. Salpingitis. *J. Am. Ass.*, Chicago, 1891, XXII, 264-266. — **Williams (J.-Whitridge)**. Contrib. to the normal and pathology of the Fallopian tubes. *Am. J. of Med. Sc.*, Phil., 1991, II, 377.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Buchanan**. Ovariotomy, performed for the third time in the same patient. *Brit. M. J.*, Lond., 1891, II, 118. — **Bull**. Ovariotomy for cystic tumor. The radical operation for cancer of the Breast. *Medical News*, Philadelphia, 20 juin 1891, t. LVIII, p. 692. — **Butler Smythe**. Dermoid tumour of the right ovary causing retention of urine ; ovariotomy. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1007. — **Ferguson**. Large extra-peri-

toneal Polycystic ovarian Tumour completely removed by abdominal section without opening into the peritoneal cavity. *Edinb. M. J.*, novembre 1891, p. 423. — **Fenton**. Removal of parovarian cyst; hemiplegia seventh day from operation. *Brit. Gynæc. J.*, Lond., 1891-2, VII, 71-76. — **Fink**. A case of ovarian tumour, operation, recovery. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1891, XXVI, 234, 237. — **Hanks**. Malignant growth starting in an ovarian cyst. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 941-944. — **Kollock**. Intra-ligamentous ovarian cystoma. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 369-375. — **Mackensie**. Ovarian tumour with chronic peritonitis and ascite. *St-Thomas's Hops. Rep.*, 1889-90, Lond., 1891, XIX, 353. — **Oliver**. Dermoïd of left ovary; epithelial cancer unvading the cyst wall and portions of the gut adherent to the tumour; secondary nodule in the liver. *Liverpool M. Chir. J.*, XI, 266-268. — **Oliver**. Dermoïd of right ovary; twisting of pedicle; urgent symptoms. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 269. — **Oliver (James)**. Ovarian cyst in a woman aged fifty-five, who had never menstruated until probably the cystic change has begun in the ovary. *Lancet*, London, 1891, I, 1310. — **Porter**. A case of sarcoma of ovary; operation, recovery. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 294-296. — **Reed**. Large intra-ligamentary cyst; abdominal section; recovery. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVIII, 369. — **Rosinski**. *Zur Casuisik der Spontanperforation v. Ovarialkysten in die Peritonealhöhle*. Diss. inaug., Breslau, 1891. — **Strassmann**. Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigenn Inhalt nebst Untersuchungen über Peritonitis pseudomyxomatoso. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 308. — **Tausini**. Cisti voluminosa del legamento largo; estirpazione, guarizione. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1891, VI, 248.

ORGANES URINAIRES. — **Bagot**. Completa or annular prolapse of the urethral mucous membrane. *Dubl. J. M. Sc.*, 1891, XCII, 204-207. — **Bardenheuer**. Verschluss grosser Vesico-Vaginalfisteln durch Transplantation der Blasenwand. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berl., 1891, XIII, 362-364. — **Campbell**. Vesico-vaginal fistula, with forme aberrant cases, illustrating the causes of leakage after successful closure of the fistula; vesical calculi in connection with fistula; uretero-vaginal fistula. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 163-189. — **F. C. Coley**. Prolapse of the Urethra in female Children. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1890, t. II, p. 1007. — **Eliot**. Spasmodic stricture of the urethra following labor. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 142-144. — **Otto v. Herff**. Zur Behandlung der Blasengebärmutterfisteln. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 1. — **Ingraham**. The purse string operation for cystocele. *Med. News*, Phil., 1891, LIX, 266-268. — **Kleinwächter**. Der Prolaps der weiblichen Urethra. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 40. — **Martin**. Urethral caruncle. *Birmingh. M. Rev.*, 1891, XXX, 146-154. — **Reamy**. Removal of a stone weighing 365 grains by vaginal cystotomy, from the bladder of a child six years of age; ureter injured; operation for closing the bladder difficult, but ultimately successfull. *Tr. South. Surg. and Gyn. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 198-203. — **Roberts**. Vesical calculi in the female removed through the urethra *Tr. Sout. Surg. and Gyn. Ass.*, 1890, 209-214. — **Weissgerber**. Ein Pessarium gegen Incontinentia urinæ älterer Frauen. *Deutsch Med. Ztg.*, Berl., 1891, XII, 661.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Angelini**. Sulla tuberculosi degli organi genitali femminoli. *Riv. clin.*, Milano, 1891, XXX, 166-176.

— **Batchelor**. Notes on series of 100 cases of abdominal surgery. *Australas, M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 256-261. — **Besselmann**. Beitrag zur retroperitonealen Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, n° 47, p. 938. — **Druce (David)** et **Stevenson**. A new method of injecting fluids into the peritoneal cavity of experimental animals. *Brit. Med. Journ.*, Londres, 1891, I, 1224. — **Cullingworth**. Abdominal section including ovariotomy. *St-Thomas's Hosp. Rep.*, 1889-90, Londr s, 1891, XIX, 145-190. — **Davis**. Operative procedure in acute general suppurative peritonitis. *Tr. M. Soc. N.-Y.*, Phil., 1891, 261-270. — **Elder**. Tubercular peritonitis and its treatment by abdominal section. *Prov. M. J.*, Leicester, 1891, X, 322-324. — **Rufus B. Hall**. What cases should be drained after abdominal section. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, vol. 40, n° 24, p. 708. — **Jacobs**. Notes cliniques et opératoires sur une seconde série de cinquante laparotomies. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 728. — **Malcolm**. On some complicated cases of abdominal section. *Lancet*, Lond., 1891, II, 119; 168. — **Mayne**. Three cases of abdominal section; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, I, 771. — **Noble**. Abdominal surgery at the Kensington Hospital for women. *Medical Age Detroit*, Michigan, 10 juin 1891, t. IX, p. 321. — **Oliver**. Ascites in consequence of malignant disease of the omentum and both ovaries. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 268. — **Page (Fr.)**. Large extraperitoneal Dermoid cyst successfully removed through an incision across the Perineum, Midway between the Anus and the Coccyx. *Brit. Med. Journ.*, Lond , 1891, 406. — **Podbielski**. Contribution à l'étude de la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Vrach*, St-Pétersb., 1891, XII, 749; 762. — **Robinson (W.)**. Multiple multilocular Cysts of the Mesentery. *Brit. Med. Journ.*, Lond., 1891, I, 219. — **Pryor**. The prevention of ventral hernia after abdominal section. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 326. — **Schrank**. Ueber die Wichtigkeit und die Ausführung der mikroskopisch-bacteriologischen Untersuchung der Urogenitalsecrete der unter Controle stehenden Prostituerten. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1891, XXXVI, 309; 321. — **Underhill**. Operation for tubercular peritonitis; recovery. *Lancet*, Lond., 1891, II, 488. — **Wylié**. The surgical treatment of local and general peritonitis, with report of two cases of general peritonitis due to perforation successfully treated by free incisions, irrigation, and drainage. *Tr. N.-York Acad. M.*, 1891, VII, 1-14.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Budin et Crouzat**. De la délivrance. *Progr. méd.*, Paris, 1891, XIV, 97. — **Krahn**. *Ub. Zwillinge Geburten*. In dissert., Königsberg, 1891. — **Nach**. Case of spontaneous evolution. *Australas M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 625.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Ahlfeld**. Beitrag zur Lehre von Uebergange der intrauterinen Athmung zur extrauterinen. *Beit. z. Physiol.*, Marb., 1891, 1. — **Blanc**. Toxicité urinaire chez la femme enceinte. *Lyon médical*, août 1891, p. 555. — **Dührssen**. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. *Zeit f. geb. u. gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 259. — **Franke**. *Anat. phys. Atlas d. Menschen m. Berücksicht chir. u. geburtshilf. operationen*, Berlin, 1891. — **Gartner**. Versuch der praktischen Verwerthung des Nachweises von Eiterkokken

in Schweisse Septischer. *Cent. f. gyn.*, n° 40, p. 804. — **Hasse.** Die Wanderung des menschlichen Eies. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 406. — **Keilmann.** Zur Klärung der Cervisefrage. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXII, Hft 1, p. 106. — **Klein.** Entwickelung und Ruckbildung der Decidua. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, Bd XXVII, Hft 1, p. 247. — **Legay.** Régression normale des tissus utérins et organes après l'accouchement. Influence de l'allaitement. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1891, p. 557. — **Nagel.** Ueber die Lage des Uterus in menschlichen Embryo. *Arch. f. gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 244. — **Pestalozza.** Studii anatomici e clinici sull' utero in gravidanza e in travaglio. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 163. — **Wolbach.** *Ub. Placenta accreta.* In Diss, Tubingen, 1891.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Campbell.** A plea for the freer use of the forceps in midwifery. *Liverpool M. Chir. J.*, 1891, XI, 307. — **Ingerslev.** *Die Geburtszange*, Stuttgart, 1891. — **Pichevein.** Sonde intra-utérine de Doléris modifiée. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 596.

DYSTOCIE. — **Civia.** Casistica ostetrica; procidenza dei due piedi con una presentazione di vertice in posizione O. I. S. A. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 794. — **Cree.** Intra-uterine hydrocephalus. *Ann. Gynæc. & Pædiat.*, Phil., 1890-91, 1, VI, 241. — **Curatulo.** Gravidanza in utero doppio didelphis e vagina septa; contributo allo studio della gravidanza e del parto nelle anomalie di sviluppo. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 337. — **Fedorow.** *Traitement du travail dans les bassins étroits*, VARSHAVA, 1891. — **Ferruta.** Descrizione di un bacino transversalmente ristretto. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 45. — **Marquezy.** *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement.* Th. de Paris, 1891. — **Pantaléo.** Sull' intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi. *Atti d. r. Accad. d. sc. med. in Palermo*, 1891, 87.

GROSSESSE. — **Caviglia.** A proposito di un nuovo segno per lo diagnosi di morte del feto nell' utero. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 379. — **Ross.** Forecasting the sex of the child before birth. *Lancet*, Lond., 1891, II, 610.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Feuger.** The operative treatment of extra-uterine pregnancy at or near term. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, XLI, 288. — **Flothmann.** Laparatomie bei alter Extrauterinschwangerschaft m. Darmperforation. Heilung. *Frauenartz*, Neuwied, 1891. — **Hall.** Report of a case of extra-uterine pregnancy; rupture into the peritoneal cavity at abouth the fifth week; operation three wecks afterwards recovery. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, VII, 189. — **Hallidy Croom.** The diagnosis of Early extra-uterine gestation, with illustrative cases. *Edinb. M. J.*, octobre 1891, p. 321. — **Hughes.** The diagnosis and treatment of ectopic gestation. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 168. — **Ortega.** Fœtus gigantesque pesant 11,300 gr., long de 0,70 c. et large d'un acromion à l'autre de 19 centim. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 10, p. 481. — **Pestalozza.** Un caso di migrazione interno ;. gravidanza tubarica ; laparotomia ; guarizione. *Riforma med.*, Napoli, 1891, VII, pt. 2, 782. — **Reed.** Indication for operation in ectopic pregnancy. *Tr. South. Surg. and Gynec. Ass.*, 1890, Phil., 1891, III, 110. — **Wiesel.** *Die Extrauterine Schwangerschaft und ihre Behandlung.* In. diss. Iena, 1891. — **Wyder.**

Beiträge zur extrauterin Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 153. — **Zmigrodzki**. De la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal. *Ann. d'Hyg.* Paris, 1891, XXVI, 152. — **Zweifel**. Ueber Extrauterinegravidität und retrouterine Hämatome. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1 et 2, p. 1.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bejan**. Grossesse gémellaire. Accouchement laborieux (administration intempestive du seigle ergoté); mort des deux fœtus. *Bulletin de la Soc. de Jassy*, mars 1891, p. 65.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Bidder**. *Inversio vesicæ urinariæ congenita*. Diss., Königsberg, 1891. — **Bonnaire**. Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés. *Rev. obst. et gyn.*, 1891, VII, 269. — **Oui**. Un cas de céphalœmatome triple. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 721. — **Schlegel** (J.). *Zur Casuistik d. angeb. Darmveischlusses u. d. fœtalen Peritonitis*. Inaug. Diss. Bern, 1891. — **Scialdoni**. Un caso di duplicita congenita della vagina con utero a doppio collo. *Giornale delle Sc. med.*, 1891, p. 535. — **Turrazza**. Sulla infezione ombelicale dei neonati. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 33 ; 44. — **Varnier**. Abcès multiples des nourrissons. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, novembre 1891, p. 339 ; 362. — **Villa**. Un caso d'acondroplasia o del cosi detto rachitismo micromelico sidramnios a rapido sviluppo. *Annali di ostet. e ginec.*, 1891, p. 653. — **Witzl**. Ueber Entstehung des sogenannten angeborenen muskularën Schiefhalses. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft 1-2, p. 124. — **Zeutler**. *Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta*. Th. de Paris, 1891.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Batchelor**. Cæsarean section. *Australas M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 259. — **Bossi**. Etude expérimentale sur la reproduction de la muqueuse utérine et sur l'application de la pâte de Canquoin dans la cavité utérine. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 577. — **Bonnaire**. Sur la dilatation artificielle du col de l'utérus dans l'accouchement ; l'écarteur utérin Tarnier. *Arch. de tocol. et de gyn.*, n° 18, p. 764. — **Burroughs**. Cæsarean section. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 177. — **Calderini**. Del parto prematuro artificialmente provocato in Italia : indicazioni e metodi. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 55. — **Campbell**. Successful case of Tait-Porro's operation in private practice. *Lancet*, Lond., 1891, II, 289. — **Doléris**. De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 12, p. 600. — **Ferrari**. Due operazioni cesarea (metodo conservativo). *Studi di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 27. — **Frænkel**. Ueber Kaiserschnittmethoden. *Deutsch m. Wchschr.*, Leipz., 1991, XVII, 1011. — **Harris** (**Robert P.**). The possible results of cæsarean delivery. *Am. J. Med. Sc.*, Philad., 1891, II, 371. — **Kehrer**. *Lehrbuch der operativen Geburtshulfe*. Stuttgart, 1891. — **Price's**. Porro's operation. *Ann. gynæc. and Pæd.*, Phil., 1890-91, IV, 683. — **Price**. Supra vaginal extra-peritoneal hysterectomy including the Porro operation. *Medical News*, Philadelphia, 15 août 1891, t. LIX, p. 183. — **Pugliatti**. Una operazione cesarea seguita l'amputazione utero-ovarica (methodo Porro). *Annali di ost. et ginec.*, Milano, 1891, p. 635. — **Sangregorio**. Taglio cesareo con amputazione utero ovarico per grave vizatura pelvica da osteomalacia. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 89.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Anderson**. Post-partum hæmorhage, an extraordinary case. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 302. — **Börner**. The etiology and therapy of weak labor in primiparae of advanced age. *Med. and Surg. Reporter*, Phil., 1891, LXIV, 647-650. — **Barnes**. A case of hydatid tumours of the omentum complicated by pregnancy with placenta prævia. *Prov. M. J.*, Leicester, 1891, X, 328. — **Baxter**. Miscarriages ; huits as to their prevention ; management when unavoidable. *Tr. Illinois M. Soc.*, Chicago, 1891, XLI, 313. — **Byers**. Puerperal fever, ist nature, prevention and treatment. *Dubl. J. M. Sc.*, 1891, XCI, 410, 473. — **Cholmogoroff**. Avortement manqué. *Vrach, St-Petersb.*, 1891, XII, 614. — **Cioja**. Contributo alla studio della patogenesi della nefrite gravido e dell' eclampsia. *Studi di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 323. — **Czempin**. Ueber secundäre Uterusblutungen. *Deutsch. med. Wchschr.*, Leipzig, 1891, XVII, 1036. — **Duming**. Vesicular mole complicated by placenta prævia. *Ann. gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1890-91, IV, 671. — **Eager**. A case of adherent placenta. *Ann. gynæc. et Pæd.*, Phil., 1891-91, IV, 729. — **Fermini**. Le malattie cutanee della gravide. *Giorn. p. le levatrici*, Milano, 1891, V, 17, 26. — **Feuger**. Ovariotomy during pregnancy. *Am. J. obst.*, n° 7, 1891, XXIV, 1097-1107. — **Gallia**. Contributo alla eziologia dell' osteomalacia ; nota statistica. *Stud. di ostet. e ginec.*, Milano, 1890, 354. — **Hartill**. Labour complicated by cyst of large size in vagina. *Birming. M. Rev.*, 1891, XXX, 103. — **Herff**. Zur Frage der hohen Collumexcision bei Carcinom und der ferneren Verhaltens des Uterus nach eingetretener Schwangerschaft. *Cent. f. gyn.*, n° 50, p. 1010. — **Huber**. *Ueber Chorion retention. Ursache und Behandlung derselben*, Bâle. — **Kopetsch**. 40 *Falle v. Eclampsia aus d. königl. gynæk. Klinik zu Königsberg*. In Diss., Königsberg, 1891. — **Lamadrid**. A case of retained placenta twenty-two days after a miscarriage of a four months fœtus. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 570. — **Lutz**. Confinement closely following erysipelas. *St-Louis clinique*, 1891, IV, 311. — **Lyncker**. Ueber das Vorkommen und Entstehung wirklicher, echter Nabelschnurungschlingen und deren Tragweite. *Deutsch. M. Ztg.*, Berl., 1891, XII, 649. — **Maher**. Atony of the lower segment of the uterus. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 282. — **Maun**. Pneumonia during pregnancy. *Lancet*, Lond., 1891, II, 610. — **Meola**. La ritenzione della placenta. *Giorn. internaz. delle Sc. Med.*, juillet 1891, p. 482. — **O'Brien**. Stricture of the vagina ; it obstructs labor ; results in an extensive recto-vaginal fistula ; successful operation therefor. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 225. — **Ortega**. Ruttura spontanea dell' utero al parto. *Atti d. r. Accad. d. sc. med. in Palermo*, 1891, 102. — **Reid et Coats**. Whithe infarctus of the placenta. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXV, 464. — **Piering**. Ein Fall von seltener geburtsverletzung. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 961. — **Porak**. Opération césarienne avec succès opératoire dans le cancer du col de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, n° 11, p. 569. — **Remy**. Grossesse et maladies du cœur. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1891, XXIII, 417. — **Sautwoord**. The pathology of the eclampsia and albuminuria of pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 197. — **Slechta**. Ueber Uterusrupturen. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 250 ; 295. — **Ter-Grigoriantz**. Ein Fall von Amenorrhoë mit Kopfschwindel bei Zuruckblechen von Eihauttheilen., *Cent. f. Gyn.*, n° 46, p. 922. — **Tracou**. Quelques considérations sur le prolapsus de l'utérus gravide. *Arch. de tocol.*, n° 10, p. 755. — **Truzzi**. Ancora mi resultati della moderna terapia chirurgica in

casi di osteomalacia e nell' indole di vale affezione morbosa. *Anal. de ost. gynec.*, Milano, sept. 1891, p. 602 — **Varnier.** Paludisme et puerpéralité. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, décembre 1891, p. 353. — **Varnier.** Lymphangites et abcès du sein chez les nourrices. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, octobre 1891, p. 289 ; 321. — **Villa.** Idramnios acuto. *Annal. di ost. et ginec.*, Milano, 1891, p. 557. — **Walthard (M.).** *Ub. d. Symptomat. bei Retroversio Uteri gravidi.* Inaug. Diss., Bern., 1891. **Wardner.** Ruptured uterus ; operation and amputation of a section intestine ; a unique case. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, XVII, 190. — — **Wilson.** Uterine moles and their treatment. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1890-91, IV, 469.

TÉRATOLOGIE ET ANOMALIES CONGÉNITALES. — **Lange.** *Hernia funiculi umblicalis m. Hydrocephalus u. Gaumenspalte.* In Diss., Königsberg, 1891. — **Schulz.** *Spinn bifida u. Myelo-meningocele.* In. Diss., Könisberg, 1891.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Abbott (G. E.).** A plea for fall mechanical dilatation of the parturient canal before obstetrical or gynecological operations. *Med. Record*, N.-Y., t. XL, n° 22, p. 648. — **Bennett.** How to prevent afterpains. *Tr. Texas M. Ass.*, Galveston, 1891, XXIII, 167. — **Dubost.** *Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale.* Th. de Paris, 1891. — **Fritsch.** Zur Behandlung frischer puerperale Exsudate. *Frauenarzt*, Berlin, 1891, VI, 291. — **Fürst.** Ein neuer Beitrag zur intrauterinen Antisepsis nach Geburten. *Wien. klin. Wchschr.*, 1891, IV, 549. — **Getten.** *Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées.* Th. de Paris, 1891. — **Martin.** The treatment of lingering cases of abortion. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, LI, 428-439. — **Mynlieff.** Zur Therapie bei Albuminurie und Nephritis der Schwangeren. *Frauenarzt.*, Berl., 1891, VI, 347. — **Petroff.** Curetting uterus in the post partum period. *Wrach*, St-Petersb., 1891, XII, 529. — **Routh.** The treatment of the severe vomiting of pregnancy. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1891, LII, 151. — **Ter-Grigoriantz.** Beiträge zur Abortbehandlung. *Cent. f. Gyn.*, n° 43 p. 865.

VARIA. — **Beaucamp.** — *Die Pflege der Wöchnerinn und Neugborenen*, Bonn, 1891. — **Mc Cabey.** Two avoidable causes of stillbirths. *Med. News*, 1891, LIX, 213. — **Runge.** *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 504 p., Berlin, 1891. — **Runge.** Mittheilungen aus der Göttinger Frauenklinik. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, Hft. 1-2, p. 86. — **Saenger.** Ueber Schwangerschaft nach konservatiner Ventro fixatio uteri retroflexi. *Cent. f. Gyn.*, n° 44, p. 881. — **Schücking.** Schwangerschaft und vaginale Ligatur. *Cent. f. Gyn.*, n° 49, p. 985. — **Spiegelberg.** *Lehrbuch des Geburtshilfe*, 3, Aufl. bearb. v. Max Wiener, 858 p., Lahr, 1891. — **Wolff.** Mütterlicher Einfluss. *Cent. f. Gyn.*, n° 48, p. 964.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE.
CLINIQUE DE LA FACULTÉ

Professeur **A. Pinard.**

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

A l'heure actuelle, lorsque nous nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant un rétrécissement du bassin, et que nous avons constaté soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous sommes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les deux moyens suivants : ou broyer la tête et terminer l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer l'opération césarienne.

Quand l'enfant est mort, la situation est nette. L'indication du broiement est formelle, acceptée par tous et, grâce au basiotribe, ce merveilleux instrument dont nous sommes redevables à M. Tarnier, l'embryotomie céphalique se fait avec autant de facilité que de sécurité. Tous ceux qui ont manié ou vu manier le basiotribe, m'accorderont que la basiotripsie est une opération souvent plus facile qu'une appli-

cation de forceps régulière au détroit supérieur, et que le pronostic pour la mère en est tout aussi favorable. Les résultats que j'ai publiés en 1887 (1), ceux que j'ai pu enregistrer depuis cette époque, ne me laissent aucun doute à ce sujet.

Notre situation est tout autre quand l'enfant est vivant. Le broiement est discutable et très discuté par les partisans de l'opération césarienne. Tandis que, s'appuyant sur les résultats de la basiotripsie, les accoucheurs français, à peu d'exception près, sacrifient l'enfant dans tous les cas pour sauver la mère, un grand nombre d'accoucheurs étrangers se prononcent pour l'opération césarienne, lorsque *la situation n'a pas été compromise* par des tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Quels sont les résultats de ces différentes manières d'agir.

Sur 50 femmes saines chez lesquelles on pratique la basiotripsie, l'enfant étant vivant, nous avons :

Femmes guéries.....	50
Enfants sacrifiés.....	50

Sur 28 femmes saines chez lesquelles on pratique l'opération césarienne nous avons, d'après la statistique la plus favorable, celle de Léopold (jusqu'en 1890).

Femmes guéries.	25	Mortes..	3
Enfants sauvés..	28		

Ainsi, aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réalisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

Resterons-nous toujours en face de cettte cruelle alternative ? Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice, qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne ?

(1) *Union Médicale*, 1887.

J'espère que non, Messieurs ; je crois que cette fatalité peut disparaître grâce à une opération, la Symphyséotomie, imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois et avec succès en 1777 sur la femme d'un soldat du guet nommé Souchot.

Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous demandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si grandes espérances sur le réveil d'une opération que certains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, et dont les autres ignorent presque le nom.

C'est, Messieurs, ce que je désire vous exposer aujourd'hui.

Bien que je ne veuille ni ne puisse vous faire ici l'historique complet de la section de la symphyse du pubis, il m'est impossible de ne pas vous en rappeler les grands traits, car c'est seulement ainsi que j'espère vous faire comprendre les causes de la grandeur, de la décadence et de la résurrection de cette opération.

Ainsi que je vous le disais il y a un instant, c'est à Sigault que revient le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie et nullement, comme on a cherché à l'insinuer, à Séverin Pineau.

Mal accueillie dès le début (1768) par l'Académie de chirurgie, mais pratiquée avec succès par son auteur en 1777, l'opération nouvelle eut bientôt un immense retentissement et provoqua un enthousiasme extraordinaire. La Faculté de médecine ne crut pas trop récompenser, en faisant graver une médaille en son honneur, Sigault qui fut considéré par bien des gens comme un bienfaiteur de l'humanité. Comme toujours quand on préconise une opération nouvelle, les cas prétendus justiciables de la symphyséotomie se multiplièrent à l'envie à Paris, dans les provinces et à l'étranger. Mais bientôt une réaction se produisit et l'on put assister à une lutte ardente entre les symphysiens et les césariens, lutte à laquelle prirent part les accoucheurs de tous les pays.

Parmi les adversaires acharnés de la symphyséotomie j'ai le regret d'être obligé de vous citer, en première ligne, Baudelocque. Ayant, en 1776, soutenu une thèse dans laquelle il se prononçait contre l'opération de Sigault, il ne voulut jamais revenir sur ce premier jugement. Peut-être est-ce la cause de sa persistance dans ce que je considère, moi, comme une erreur. Quoi qu'il en soit, Baudelocque qui avait cependant fait de nombreuses expériences cadavériques et des remarques très judicieuses en vint à dire, en résumé, que quand les femmes opérées de symphyséotomie mouraient, c'était incontestablement l'opération seule qu'il fallait incriminer ; qu'on trouvait à l'autopsie des lésions aussi nombreuses qu'effroyables, telles qu'un médecin, ce pauvre M. de Mathiis, assistant à l'autopsie d'une de ses opérées « à la vue de tant de désordres fut tellement ému qu'il s'en trouva mal et tomba en syncope ». Quant aux femmes guéries, peut-être quelques-unes, dit Baudelocque, n'ont-elles pas été opérées ; et pour celles chez qui il ne peut nier l'opération, il affirme qu'elles ont été opérées inutilement. L'accouchement aurait eu lieu spontanément comme en témoignent les signes d'immaturité des enfants.

Bref, l'opération recommandée par Sigault ne peut donner de bons résultats puisque, d'après ses expériences, Baudelocque affirme que les symphyses sacro-iliaques se déchirent pour un écartement des os pubis de moins de deux pouces et demi et que malgré cet écartement l'augmentation des diamètres antéro-postérieurs est insuffisante pour laisser passer l'enfant.

L'anathème de Baudelocque fut répété par Mme Lachapelle. Aussi, bien qu'Antoine Dubois eût opéré pour la deuxième fois avec succès la femme Delaplace, et malgré le judicieux plaidoyer de Gardien en faveur de la symphyséotomie, cette opération ne tarda pas à disparaître de la pratique des accoucheurs français. P. Dubois et Désormeaux la condamnent à peu près. Si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux ne

la repoussent pas absolument et pensent même qu'elle peut avoir ses indications dans quelques cas, ils ne la pratiquent pas. Stoltz, bien qu'il ait imaginé un procédé nouveau de symphyséotomie, lui préfère l'opération césarienne. Il en est de même de M. Tarnier qui cependant a écrit dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier « qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré ». J'ajouterai enfin que M. Bouchacourt qui, dans l'article Symphyséotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article très intéressant dont je vous recommande la lecture, rapporte qu'il a fait avec M. Polosson des expériences sur ce sujet et se montre favorable à l'opération, surtout en s'appuyant sur les résultats obtenus par l'école de Naples, n'y a jamais eu recours.

En Allemagne, E. G. J. de Siebold a formulé peu après Baudelocque cette appréciation sur la symphyséotomie : « il y a, dit-il, une grande vérité dans le jugement de Baudelocque qui dit « que toutes les fois qu'on a sauvé l'enfant on a tué la mère ou quand on a sauvé la mère on a tué l'enfant. Quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire ». Et plus loin, en terminant les considérations sur l'opération, il ajoute : « L'expérience et le temps sont suffisants aujourd'hui pour permettre de porter un jugement définitif. Pour tous ceux qui ne sont pas aveugles, elle ne reste plus qu'une curiosité historique et c'est à elle qu'on peut appliquer ce précieux proverbe : « *Felix quem faciunt aliena pericula cautum* ! » (1).

C'est à peine si actuellement, en Allemagne, il est question de la symphyséotomie, même à titre historique. Zweifel écrit, en 1889, que l'idée même en est fausse.

Fehling (2) dit : « Quand la femme ne vient consulter qu'à

(1) *Essai d'une histoire de l'obstétricie* par Siebold, traduite avec additions, figures et appendices par le professeur F.-J. Herrgott (sous presse).

(2) MULLER. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1889.

terme, l'opération césarienne conservatrice (opération de Sänger), si l'enfant est vivant et la craniotomie s'il est mort, vaudront beaucoup mieux que la symphyséotomie. Je suis d'accord, sur ce point, avec tous les accoucheurs allemands, anglais et français ».

Winckel (1889) la condamne également. Dans la 4e édition de Fritsch (de Breslau), 1888, il n'est pas question de la symphyséotomie, et dans la 10e édition du traité de Schröder, revue par Olshausen et J. Veit, le mot n'existe même pas à la table des matières.

Même réprobation de la part des accoucheurs anglais.

En Italie, au contraire, la symphyséotomie qui avait été dès le début, acclamée comme un bienfait du ciel, prit racine. Elle y fut pratiquée nombre de fois depuis le commencement du siècle et, depuis quelques années, presque exclusivement par l'École napolitaine. Les résultats obtenus furent à plusieurs reprises publiés par le professeur Morisani (Congrès de Londres, *Annales de Gynécologie*, 1881 et *Annali di Obstetricia*, 1886) qui a bien voulu m'envoyer les résultats obtenus depuis 1887 jusqu'à ce jour et dont je vous donnerai connaissance dans quelques instants (1).

J'adresse à ce sujet au Directeur de la Clinique obstétricale de Naples mes plus sincères remerciements.

Je ne m'arrêterai à discuter pour le moment ni les causes qui ont fait abandonner et condamner la symphyséotomie par le plus grand nombre des accoucheurs, ni les raisons pour lesquelles l'École obstétricale de Naples affirme que c'est une opération utile, bienfaisante, et appelée à tenir une large place en obstétrique opératoire. Je vous rappellerai seulement que l'avènement de l'antisepsie a rendu possibles et inoffensives, une foule d'opérations jadis graves si non toujours mortelles et que la symphyséotomie paraît être du nombre.

Dans ces nouvelles conditions, l'intérêt du débat réside tout entier dans la solution des questions suivantes :

(1) Voyez *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1892.

1° Peut-on par la symphyséotomie obtenir, sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin? Quel peut-être cet agrandissement?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer ?

3° Qu'elles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche et à des grossesses ultérieures.

I. — Quant à la première question, les résultats publiés par Baudelocque et par ceux qui, depuis Baudelocque, ont cherché à élucider cette question paraissent absolument contradictoires.

Pour les uns la symphyséotomie ne ferait gagner que quelques millimètres aux diamètres antéro-postérieurs. Pour les autres, ces diamètres augmenteraient bien davantage. Mais ceux-là même qui concèdent cet agrandissement pensent qu'il ne peut être obtenu sans que les ligaments des symphyses sacro-iliaques se déchirent, sans une véritable dislocation du bassin aux conséquences redoutables. Tâchons d'expliquer ces contradictions et cherchons la vérité à l'aide des documents anciens et de quelques expériences que j'ai faites avec la collaboration du professeur Farabeuf et de mon chef de Clinique, le Dr Varnier.

Sans tirer de conclusions, voyez d'abord cette coupe faite suivant le plan du détroit supérieur d'un bassin de 10 c. 8 provenant d'une femme morte de néphrite 9 jours après un accouchement à terme, et que M. Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité et M. Gouget, son interne, ont mis gracieusement à ma disposition (pl. I et II). Moyennant un écartement pubien de 6 centimètres, ce bassin de 10c. 8 est devenu un bassin de 12 c. 4, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur a gagné 14 millimètres. L'articulation sacro-iliaque est béante en avant; les puissants ligaments postérieurs sont intacts et ne sauraient souffrir de l'écartement des pubis quelle qu'en soit l'étendue; le mince ligament antérieur qui, lui, résiste à l'écartement n'est même pas déchiré, mais simplement

décollé de la face antérieure de l'os iliaque. J'enlève l'index de bois qui fixait l'écartement et je referme le bassin (pl. II); les surfaces de l'articulation sacro-iliaque se rapprochent et il faut y regarder de près pour retrouver traces du décollement.

Voyez cette autre coupe qui intéresse aussi bien le chirurgien que l'accoucheur. Elle a été moins heureuse que la précédente ; la scie a notablement dévié sur la gauche que pour du plan du détroit supérieur. Vous pouvez voir néanmoins un écartement de 3 centimètres les ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques ne sont même pas décollés. Pourtant, Messieurs, il s'agit là d'un bassin de vieille femme, morte en dehors de tout état puerpéral.

Ainsi, sur ces deux bassins dont l'un est vicié et l'autre normal, dont l'un appartenait à une femme âgée non puerpérale, et l'autre à une femme morte en couches, vous pouvez faire des constatations presque identiques et vous persuader : 1° que l'agrandissement est possible ; qu'il est notable ; 2° que maintenu dans des limites utiles, il se fait sans autre altération du bassin qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques.

Pour vous rendre compte de l'agrandissement des bassins viciés moyennant un écartement inter-pubien de six centimètres, il vous suffira de regarder les deux figures ci-jointes (fig. 1 et fig. 2) qui ont été construites par M. Farabeuf pour schématiser les résultats que nous avons obtenus et que l'on doit toujours obtenir, mathématiquement. Vous y verrez, ce que Baudelocque avait déjà constaté : un agrandissement d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus accusé. Et les légendes suggestives qui les accompagnent compléteront ma pensée.

Je laisse de côté d'autres points secondaires qui sont à l'étude. Il me suffit pour l'instant de vous avoir montré ce que peut vous donner sans grands désordres articulaires la symphyséotomie.

II. — La plupart de ceux qui ont pratiqué cette opération,

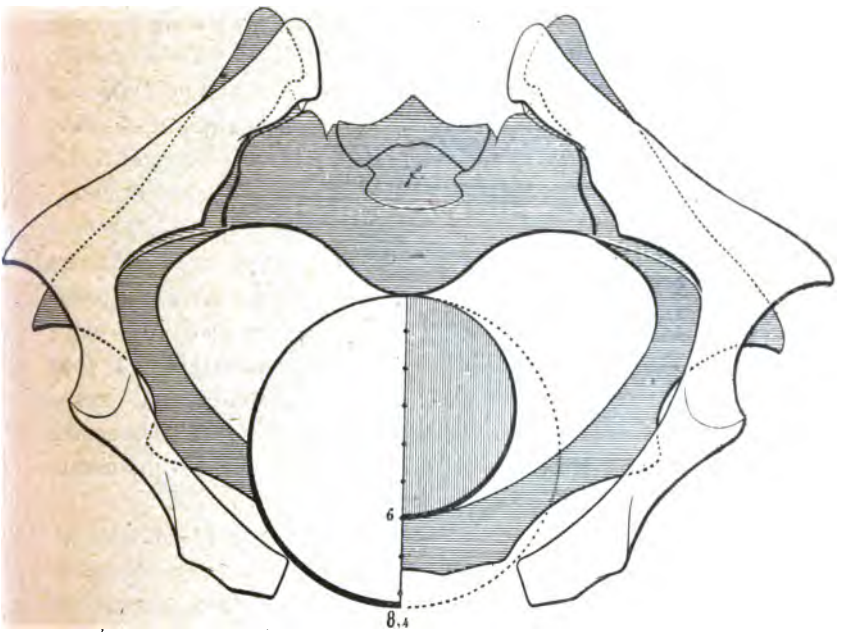


FIG. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci ayant un diamètre promonto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin écarté est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113 presque le triple !

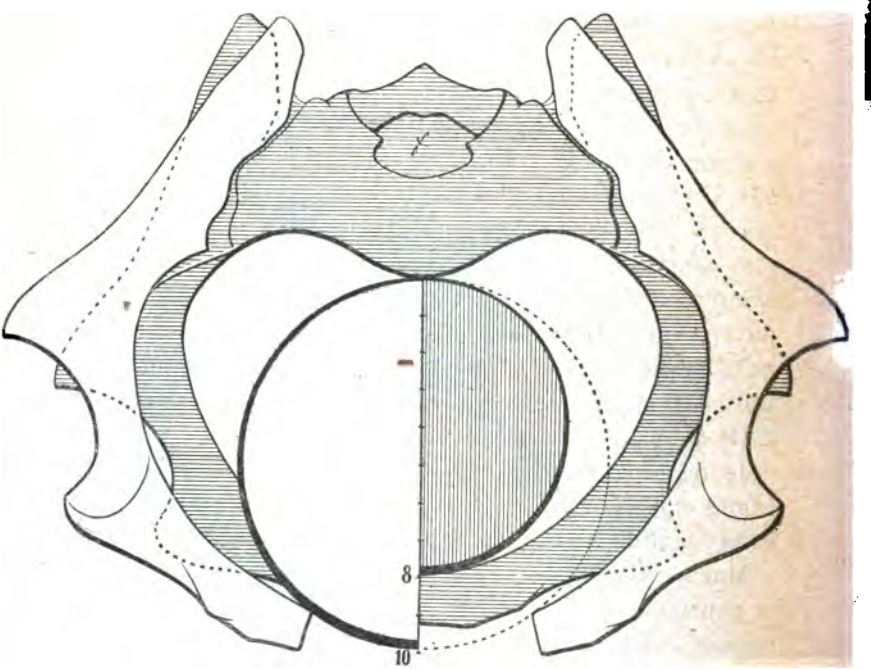


FIG. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, — presque le double. Autrement : un fœtus de 3000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2000 gr. pour le bassin intact.

la considèrent comme relativement facile, quel que soit le manuel opératoire mis en œuvre. M. le Dr Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. Je lui adresse à ce propos mes remerciements, car, fervent apôtre de la symphyséotomie, il a tout fait pour entraîner notre conviction. Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr; je suis convaincu que dans la plupart des cas, la symphyséotomie sera facile; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

Je ne repousse pas formellement les instruments ostéotomes employés ordinairement; je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.

Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide et pourtant assez mince, suffira et sera préférable dans la majeure partie des cas.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait au bord d'un lit de hauteur modérée afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la patiente très rapprochée de moi.

Ayant rasé le pubis et marqué au besoin au cordeau et à la teinture la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

Une incision de 8 à 10 cent. me paraît convenir : elle aboutirait au-dessus du clitoris et là seulement elle se dévierait légèrement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

Je séparerais alors les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourrelet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin ; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer en provoquant une prudente abduction des cuisses que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 cent.

Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur.

III. — Ceci étant dit, j'arrive à la 3e question : Dans quelles conditions s'observe et s'effectue la consolidation du bassin après la symphyséotomie ?

Nous savons déjà, par des observations assez nombreuses, qu'après la rupture spontanée ou artificielle de la symphyse pubienne, pendant le travail, la consolidation du bassin est la règle. J'ai eu pour ma part l'occasion d'en observer un bel exemple. Le 25 décembre 1883, en faisant une application de forceps dans mon service à Lariboisière, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, j'entendis au moment où, avec un seul doigt, je faisais exécuter à l'instru-

ment et à la tête le mouvement de rotation, un craquement sonore. Après l'extraction complète, n'ayant constaté aucun enfoncement sur la tête de l'enfant qui se portait très bien, je pratiquai le toucher et reconnus avec effroi que la symphyse était rompue et qu'on pouvait loger deux doigts dans l'écartement des pubis. Six semaines après, sans application d'aucun appareil contentif, cette femme quittait ma Maternité, marchant aussi bien qu'avant son accouchement. J'ajouterai que devenue enceinte une seconde fois, cette femme qui avait un rétrécissement assez prononcé, accoucha, à terme et spontanément.

J'étais donc déjà confiant dans une certaine mesure et cette observation m'avait donné beaucoup à réfléchir. De plus, je savais qu'Antoine Dubois avait pratiqué la symphyséotomie chez une femme qui la subissait pour la 2e fois et qui cependant se rétablit parfaitement. Mais les résultats tout récents observés à Naples, et rapportés en particulier par Morisani, ne laissent plus planer aucun doute. A la suite de la symphyséotomie, la consolidation du bassin s'effectue et même, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le Dr Spinelli et le Pr Morisani, dans un laps de temps assez court, environ un mois. Il est évident qu'il faut s'efforcer, pendant la cicatrisation, d'immobiliser le bassin soit à l'aide de la ceinture plâtrée qui a fait ses preuves, soit à l'aide d'une ceinture mécanique, d'une gouttière de Bonnet, etc. Voilà ma réponse à la 3e question.

Or si ces trois réponses sont vraies, si la section du pubis constitue une opération relativement facile, si un écartement de six centimètres donne l'agrandissement que je vous ai annoncé, si la consolidation consécutive du bassin ne fait pas défaut, je me demande pourquoi nous laisserions l'Ecole de Naples jouir seule de ces bienfaits.

N'est-il pas temps de lutter et de réagir contre l'anathème formulé par Baudelocque ? N'est-on pas autorisé à l'heure actuelle, avec les éléments dont nous disposons, à réviser les jugements de nos anciens ? Est-ce que les méfaits attribués à la symphyséotomie ne relevaient pas le plus souvent de

l'infection et non de l'opération en elle-même ? Est-ce que les Dubois, les Désormeaux qui, sans condamner la symphyséotomie ne la pratiquaient pas, n'avaient pas pris ce parti parce qu'ils savaient combien alors toute opération pratiquée pendant le travail était dangereuse ? Qui sait si le basiotribe lui-même, n'aurait pas été incriminé et vilipendé s'il avait vu le jour en même temps que l'opération de Sigault ?

Les succès nombreux de l'opération césarienne sont-ils dus exclusivement aux modifications apportées très heureusement, je le reconnais, par Porro et Sänger ? Assurément non. Ils sont dus surtout à l'antisepsie. Eh bien, ne peut-on faire pour la symphyséotomie ce qui a été fait pour l'opération césarienne ? Est-ce que nos collègues de Naples ne nous ont pas montré l'exemple ? Comment, quand je recevais hier une statistique du professeur Morisani dans laquelle je lis que sur 12 symphyséotomies pratiquées à la clinique obstétricale de Naples, il a eu 12 mères guéries et onze enfants vivants, je ne devrais rien faire pour suivre un tel exemple et obtenir de pareils résultats ! Tel n'est point mon avis.

Et si je ne me trompe, la symphyséotomie qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos procédés d'exploration, profitant des perfectionnements de nos techniques opératoires deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles règneront seules sans partage.

Et je souhaite ardemment de ne pas me tromper, car si je suis dans la vérité, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver.

DES MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par **Th. More Madden** (1). Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

C'est seulement dans ces dernières années qu'on est arrivé à réunir les éléments du diagnostic différentiel des maladies des trompes de Fallope, et à leur opposer un traitement radical, efficace. Ces progrès, on les doit surtout à l'enseignement et à la pratique de L. Tait, ainsi qu'à quelques autres chefs de l'école moderne de la chirurgie abdominale. Toutefois, il n'est pas inutile de rappeler, détail ignoré par un grand nombre, que les troubles des annexes de l'utérus étaient assez connus de beaucoup d'auteurs anciens. La pathologie de ces organes fut étudiée en détail plus particulièrement par Astruc (2) (de Paris) en 1761, et par Kruger (3) (de Göttingen) en 1782, tandis que, de leur côté, d'autres auteurs communiquaient des exemples remarquables d'affections tubaires désignées aujourd'hui sous les noms de pyosalpinx, d'hydrosalpinx, etc. Ainsi Portal (4) emprunte, *inter alia*, un cas de de Haen d' « *abcès de la trompe gauche qui contenait dix-huit pintes de pus* », et un autre de Munieks d' « *énorme tumeur kystique, tubaire, dont le contenu dépassait cent gallons !* » Il cite également, d'après Harden, l'exemple d'une femme « *dont l'une des trompes, kystique, contenait cent-quarante livres d'un liquide aqueux !* » Bayley (5), Hooper (6)..., etc., relatèrent également des faits de cet ordre et surtout, un peu plus tard, Davis (7), qui exposa très net-

(1) *The Dubl. J. of med. Sciences*, janvier 1892, p. 18.
(2) ASTRUC. *Trait. des mal. des femmes*, Paris. 1761.
(3) KRUGER. *Patholog. Ovar. Muliebrum*. Gött, 1782.
(4) PORTAL. *Cours d'anatomie méd.*, t. V, p. 540.
(5) BAILEY. *Diseases of the uterus, etc.*, p. 504.
(6) HOOPER. *Morb. Anat. of the Human Uterus*, p. 3.
(7) DAVIS. *Obst. medic. and Diseases of womb.*, vol. II, p. 7,760.

tement les symptômes et la pathologie des trompes comme on les comprenait alors. On peut faire dater de cette époque la conception médicale que les trompes de Fallope, qui ont avec la matrice des connexions si étroites de structure et de fonctions, sont aptes à devenir le siège de processus inflammatoires analogues à ceux qui affectent cet organe, quelles que soient d'ailleurs, les différences symptomatiques qui dérivent de l'organisation et des rapports qui leur sont propres.

Les maladies qui peuvent ainsi se propager aux trompes non seulement par leur orifice utérin, mais encore par leur extrémité péritonéale libre, ou bien qui peuvent naître dans leur tissu, sont d'abord l'inflammation, ou salpingite, avec ses conséquences, pyo et hydro-salpinx, dont les causes les plus habituelles sont vraisemblablement l'infection gonorrhéique et la septicémie puerpérale. Indépendamment de ces infections, la trompe peut être le siège de tumeurs enkystées, fibro-musculaires et malignes.

I. — Salpingite aigue

On peut passer d'autant plus rapidement sur la salpingite aiguë que, la plupart du temps, l'affection tubaire n'est soumise à l'examen gynécologique que lorsqu'elle est déjà devenue chronique. Le plus souvent, elle se rencontre dans l'état puerpéral où elle s'installe comme complication ou conséquence de la septicémie. Son développement se manifeste par des douleurs profondes, lancinantes, irradiant de la région iliaque vers les aines et les cuisses, et par de la tuméfaction et de la sensibilité le long des ligaments larges, conditions appréciables par l'exploration bimanuelle. Il est possible, dans cet examen, de reconnaître les contours sinueux des trompes hyperhémiées, et augmentées de volume. La terminaison la plus habituelle de la salpingite aiguë, c'est son passage à l'état chronique. Elle peut aussi être suivie de guérison, aussi bien qu'amener l'oblitération du canal tubaire sur un point quelconque de son trajet, par soudure de ses

parois par des exsudats inflammatoires, plastiques. En ce qui concerne le traitement de ces formes, je ne connais rien en dehors des opiacés pour calmer la douleur, et de l'usage combiné de la quinine et de l'iodure de potassium ou du bichlorure de mercure. Les irrigations d'eau chaude vaginales, rectales, les fomentations externes, sont évidemment indiquées, mais elles sont plus propres à se montrer efficaces dans les cas de salpingite catarrhale, aiguë. Par contre, il est fort difficile de voir quel bénéfice peut résulter de la contre-irritation produite par les vésicatoires ou par les larges onctions mercurielles, moyens qui, bien qu'encore employés dans ces cas, sont plus capables d'ajouter aux malaises du patient que de guérir son mal.

II. — Salpingite chronique

La salpingite peut être uni- ou bilatérale. Le plus souvent, elle est bilatérale, bien qu'à des degrés divers d'intensité. Elle reconnaît des causes extrinsèques (gonorrhée, infection puerpérale, processus catarrhal) ou locales (dépôts tuberculeux et cancéreux dans les trompes). En outre, ce qu'on pouvait facilement prévoir, la salpingite et ses complications se rencontrent plus communément chez les femmes qui sont dans la première période de la vie maritale, en pleine activité génitale, que chez les sujets plus avancés en âge et peu passionnés. Aussi le Dr Bland Sutton qui, au cours de ses recherches pathologiques, a eu souvent l'occasion d'examiner les organes de femmes de mauvaise vie, a constaté dans la plupart des cas l'existence d'hydro- et pyo-salpinx, et dans quelques-uns la réduction de la trompe à un cordon imperméable, en même temps que les ovaires étaient atrophiés, parfois même méconnaissables. La fréquence de ces affections tubaires de 20 à 35 ans, et leur rareté passé 40 ans, l'ont conduit à penser que lorsque les sujets survivent aux dangers inhérents à l'inflammation et à la distension de la trompe, les parties malades s'atrophient.

Symptômes. — Les symptômes généraux de la salpingite chronique avant que la maladie ait abouti éventuellement à la formation d'un pyo- ou hydro-salpinx se distinguent à peine de ceux de l'ovarite qui coexiste en général. Plus tard, ses effets et ses phénomènes cliniques sont presque identiques à ceux de la cellulite ou de la périmétrite pelvienne, et dans les premiers jours, on la confond avec cette maladie. De ces symptômes de la phlegmasie chronique des oviductes, le plus important consiste dans la répétition d'accidents ménorrhagiques, ne comportant pas d'autre explication et compliqué soit de dysménorrhée, soit de menstruation prolongée ou profuse. Dans ces cas, la patiente accuse en outre une douleur intrapelvienne spéciale, profonde, lancinante, se faisant sentir dans les régions sacrée et inguinale, et irradiant vers les cuisses. A ce moment, on peut observer encore des troubles généraux avec réaction fébrile, des frissons signes de suppuration, et dans quelques cas des hémorrhagies ou des écoulements aqueux se faisant par l'utérus dans les périodes intermenstruelles. Il est également possible, à cette époque, de constater de la tuméfaction et de la sensibilité au niveau de la trompe.

La pathologie du pyo : et hydro-salpinx a été récemment soigneusement étudiée par un éminent pathologiste, et je ne puis mieux faire que de lui emprunter le passage suivant (1) : « *Pyo-salpinx.* » Dans les cas graves de salpingite après occlusion de l'*ostium abdominale*, laquelle, en général, est associée à la sténose de l'*ostium uterinum*, le pus est aussi sûrement circonscrit, enclos dans la trompe que s'il s'agissait d'un abcès profond, et il évolue à la manière d'un abcès. Les parois de la trompe distendues par le pus de plus en plus abondant, s'amincissent peu à peu, et contractent des adhérences avec les organes voisins : ovaire, utérus, rectum, intestin ou ligament large. La paroi de la trompe continue à s'amincir jusqu'à ce que, sous l'influence d'un léger effort,

(1) *Lancet*, 6 décembre 1891.

elle crève. Si le pus tombe dans la cavité péritonéale, il survient une péritonite infectieuse, rapidement mortelle. Le pyo-salpinx a une grande tendance à s'ouvrir dans le rectum. Quand un pyo-salpinx est en contact avec l'intestin, son contenu purulent devient extrêmement fétide par osmose des gaz intestinaux. Les rapports du pyo-salpinx avec le rectum doivent être étudiés en même temps que les abcès tubo-ovariques. Le premier effet de la salpingite sur l'ovaire consiste dans l'épaississement de la capsule de cet organe, et s'il y a épanchement de lymphe, il peut se produire des adhérences périmétriques étendues et organisées. Les conséquences de l'épaississement de la capsule ovarique sont de deux ordres. D'abord, il empêche la rupture des follicules ovariques mûrs, et la tension développée est l'origine de troubles sérieux et de vives souffrances. D'autre part, comme les follicules ne peuvent déverser leur contenu, il arrive que les ovaires, qui sont longtemps le siège d'une péri-ovarite, se transforment largement en espaces kystiques, et que deux ou plusieurs de ces espaces fusionnant, ils forment une cavité kystique ayant les dimensions d'une noix. Comme ce kyste tend à se rapprocher de la surface par résorption de tissu, il arrive assez fréquemment qu'il prend contact avec la poche purulente, tubaire, contact qui est favorisé par l'action du ligament tubo-ovarique. Puis des phénomènes de résorption se produisant au niveau des parois de contact de ces poches, la communication s'établit, donnant lieu à un kyste tubo-ovarique, qui, éventuellement, peut s'ouvrir et écouler à intervalles réguliers son contenu dans le rectum.

Lorsque la virulence du pus d'un pyo-salpinx n'est pas grande, il ne provoque que peu de symptômes. C'est cette forme de pyo-salpinx qui, suivant l'opinion du Dr Sutton, distendu peu à peu par du liquide, se transforme éventuellement en hydro-salpinx, lequel, en général, peut être regardé comme un stade tardif du pyo-salpinx.

Il est des attaques plus légères, qui méritent d'être décrites sous le nom de *catarrhe de la trompe* et qui, comme le catarrhe

nasal, gastrique, disparaissent sans laisser aucune trace. Mais si l'inflammation est assez intense pour produire l'oblitération des orifices tubaires la lésion est définitive, et si les deux trompes sont affectées, elles perdent leur fonction, et deviennent une source de graves dangers. Les orifices tubaires oblitérés, l'oviducte ressemble à un uretère obstrué ; plus d'écoulement pour le liquide sécrété par ses glandes ou exsudé passivement dans sa cavité, d'où : production de *kystes par rétention*. Le liquide est tantôt décoloré, tantôt verdâtre, par suite de la présence de cholestérine.

En quelques cas, le liquide, ainsi qu'il a été établi précédemment, peut s'écouler à intervalles irréguliers par l'utérus, constituant ce qu'on a appelé l'*hydropisie tubaire profluente*, conséquence, selon le Dr Sutton, d'une fistule tubaire. En d'autres cas, l'écoulement peut se faire par l'orifice tubaire abdominal, provoquant tantôt une péritonite, tantôt un *hydro-peritoneum*, qu'A. Doran a défini : *une collection liquide dans la cavité péritonéale qu'on ne peut rapporter à aucune maladie organique appréciable, sauf à une salpingite chronique avec perméabilité de la trompe.*

Traitement. — Dans le traitement de la salpingite chronique, et du pyo- ou de l'hydro-salpinx qui la compliquent, il semble qu'on oublie trop souvent que le gynécologue doit viser tout à la fois la restauration de l'intégrité fonctionnelle et anatomique de l'organe, et ne se contenter de la première que lorsqu'il y a impossibilité à obtenir les deux. Se plaçant à ce point de vue, on a préconisé plusieurs modes d'intervention : a) évacuation du contenu, purulent ou séreux, au moyen de l'aspiration (Routh, M. Madden) ; b) incision par le vagin, suivie du lavage de la trompe évacuée (Sainclair) ; c) curettage de l'endometrium autour de l'ostium uterinum de la trompe et opération d'Emmet ; d) traitement électrique suivant la méthode d'Apostoli ; e) laparotomie conservatrice, c'est-à-dire, section abdominale dans le but d'aspirer le contenu des trompes kystiques, ou, suivant la proposition émise par A. Doran, pour, dans quelques cas, détruire les adhé-

rences et libérer les organes malades ; f) section de la trompe (opération de Skutsch) ; g) massage d'après la méthode de Thure-Brandt.

Je ne m'attarderai pas sur chacun de ces procédés, sauf sur ceux que j'ai appliqués moi-même et dont j'ai reconnu les avantages. Ainsi, je mentionnerai simplement la salpingotomie à propos de laquelle, comme au sujet d'autres « opérations fantaisistes », plus faciles à exposer théoriquement qu'à réaliser sur le malade, je rappellerai la critique de Goodell : « On ne peut, dans la laparotomie, toucher aux organes malades, sans courir de grands risques. Souvent, la trompe est extrêmement distendue et ses connexions avec les organes voisins sont intimes. Aussi, malgré les soins, l'oviducte peut-il être rupturé, l'intestin déchiré, et des foyers purulents primitivement circonscrits être répandus ». Quant au massage, en admettant qu'il soit inoffensif, il faudrait le proscrire pour les raisons que j'ai développées autre part. Sans compter que dans les cas qui nous occupent, de l'aveu de Brandt lui-même, son application même prudente, peut provoquer « un écoulement dans la cavité péritonéale, à la suite duquel se développent rapidement des symptômes de péritonite ».

Quittons ces conceptions bizarres, émanant d'esprits purement métaphysiques ou trop enthousiastes, et abordons les questions plus terre à terre de la pratique gynécologique ; quel est le traitement rationnel de l'hydro- et du pyo-salpinx ? Il me semble qu'il n'existe aucune raison pour se départir des principes fondamentaux de la chirurgie, et pour se résoudre, tout d'un coup, à une décision extrême, à l'extirpation complète des annexes de l'utérus. Si la glande mammaire devient le siège d'un abcès, ou si, comme le suggère Spencer Wells, la tunique vaginale du testicule devient le siège d'une hydrocèle, n'est-il pas plus judicieux d'ouvrir l'abcès ou de ponctionner l'hydrocèle que d'enlever le sein ou le testicule ? Devons-nous faire entrer dans la pratique courante une conduite essentiellement différente quand, en

réalité, il s'agit d'affections analogues affectant des organes non moins importants?

Aussi, réglant ma conduite sur ces principes, j'ai, depuis plusieurs années, traité un nombre considérable de cas de pyo- et d'hydro-salpinx par l'aspiration ou par d'autres procédés conservateurs. J'ai montré les résultats heureux que j'ai ainsi obtenus, non dans tous les cas il est vrai, dans mon service à la *Mater Misericordiæ Hopital*. La majorité des cas de cette nature furent traités par cette méthode, dont j'ai parlé ailleurs, avant que ses avantages fussent reconnus. Ce traitement, même s'il n'est pas aussi certain, aussi radical dans ses résultats curatifs que la salpingotomie, est tout aussi avantageux dans la classe spéciale des cas pour lesquels il devrait être réservé. D'autre part, il contraste heureusement par la facilité de son exécution et son innocuité avec les dangers de la salpingotomie qui, dans d'autres cas, ou après l'échec du premier procédé peut devenir non moins utile. En conséquence, je me permets d'entrer dans les détails d'une opération moins grave qui, à mon avis, dans bon nombre de cas, fournira des résultats satisfaisants, toutes les fois qu'il sera possible d'aborder les collections tubaires par le vagin. La malade est d'abord endormie, ce qui permet les manœuvres nécessaires, puis placée dans la position gynécologique habituelle, c'est-à-dire, couchée sur le côté gauche. Le chirurgien introduit l'index et les premiers doigts de la main gauche dans le rectum, en haut et en avant, suivant les contours de l'utérus, dont un assistant refoule le fond en bas à l'aide d'une main agissant à travers la paroi abdominale, De cette façon, on réussit promptement à palper trompes et ovaires, et lorsqu'il existe une tuméfaction inflammatoire ou kystique de l'oviducte, on la reconnaît sous la forme d'une tumeur tortueuse, allongée, en boudin, ou sphérique et fluctuante qui, comme le dit Doran, « de la partie latérale de l'utérus se dirige en dehors dans la direction des ligaments larges, et en arrière vers l'espace de Douglas ». La position du pyo- ou hydro-salpinx bien exactement déter-

minée, l'opérateur conduit sous le contrôle de l'index droit une fine aiguille fixée à l'aspirateur jusqu'à la voûte du cul-de-sac postérieur, la fait pénétrer dans la fosse rétro-vaginale, puis, la dirige avec l'index gauche agissant à travers le rectum, sur la portion la plus proéminente de la tumeur, qu'il ponctionne. L'instrument aspirateur est mis en jeu, et l'écoulement du contenu tubaire peut être facilité à l'aide d'une pression lente exercée par un assistant à travers la paroi abdominale. Cela fait, on assure l'asepticité du vagin par des insufflations d'iodoforme. Sauf des irrigations d'eau, il n'est besoin d'instituer aucun autre traitement, si ce n'est dans les cas où le liquide de la trompe se reproduit. En général, la quantité de liquide qui se reproduit est moindre, et l'on peut répéter le même procédé opératoire jusqu'à ce que l'oviducte soit revenu à son volume normal.

Curettage des orifices utérins de la trompe; traitement par l'électricité. — Abstraction faite des altérations malignes et d'autres processus dégénératifs des trompes, la cause immédiate la plus commune des productions kystiques dans les cas de salpingite chronique, c'est l'*obstruction mécanique de l'ostium uterinum* associée à l'une des anomalies suivantes de l'utérus, a) endométrite folliculaire, chronique; b) flexion: c) hyperinvolution. A ces conditions correspondent successivement: a') la dilatation suivie du curettage; b') le redressement de la flexion; c') la faradisation (Apostoli, Milne-Edwards, d'Edimbourg).

Extirpation des annexes de l'utérus. — Dans les cas plus graves, qui sont plus rares qu'on ne le croit en général, où, à cause de l'importance des altérations tubaires, de complications coexistantes, de la gravité des symptômes, il est impossible de remédier à la situation par les procédés précédemment décrits, il ne nous reste pour ultime ressource que l'extirpation complète des annexes de l'utérus. Cette opération est devenue en vogue pour d'autres conditions que celles précisées ici. Elle a été recommandée, en effet, par un grand nombre de gynécologistes qui l'ont proclamée la

méthode non seulement la plus efficace, mais aussi la plus sûre contre les affections tubaires ; il s'ensuit qu'elle devrait être généralement adoptée. Cette doctrine, je n'y puis souscrire sans réserve, étant parfaitement convaincu qu'en certains cas les suites de la salpingite sont curables en dehors de tout traitement actif, et que dans d'autres, on peut les amender par les procédés moins offensifs que j'ai signalés. Toutefois, dans cet hôpital comme ailleurs, j'ai observé des cas dans lesquels il n'y avait pas d'autre alternative que la mort rapide pour le sujet par le fait d'une affection de la trompe, ou que l'extirpation totale des annexes, c'est-à-dire « l'opération de Tait », du nom de l'éminent chirurgien qui l'a introduite, et qui l'a pratiquée avec le plus de bonheur dans ce pays. Avant de décrire brièvement cette opération, tout au moins sa technique opératoire, je rappelle qu'à mon sens, l'ovaire et la trompe sont, tous les deux, deux facteurs essentiels de la menstruation. Il découle de ce principe que la salpingotomie doit être combinée avec l'oophorectomie, si l'on veut éviter les conséquences associées à un processus d'ovulation anormal. Les temps successifs préliminaires de cette intervention étant identiques à ceux de l'ovariotomie, je me contenterai de mettre en relief les points sur lesquels les deux opérations font contraste. Tout d'abord, et le plus saillant, la petitesse de l'incision dans l'extirpation des annexes. Il suffit qu'elle permette l'introduction des deux premiers doigts de la main gauche de l'opérateur, qui vont à la recherche du fond de l'utérus, point de repère à l'aide duquel ils trouveront facilement les trompes et les ovaires. Dans ces recherches, il faut procéder avec beaucoup de circonspection pour ne pas courir le risque de crever la trompe extrêmement tendue en certains cas, et pour éviter l'épanchement du contenu d'un pyo- ou hydro-salpinx dans le péritoine. On peut chercher à prévenir cet accident, a) en évacuant par l'opération le contenu tubaire, précaution très utile, avant d'essayer d'attirer la trompe malade dans la plaie abdominale, ce qui est le temps suivant de l'opération ; b) quand on n'est pas arrêté

par des adhérences inflammatoires étendues. La trompe et l'ovaire ayant été attirés aussi loin qu'on peut le faire sans danger, et de façon à former une sorte de pédicule avec le ligament large, on lie ce pédicule (le mode de ligature varie), on l'excise un peu au-dessus de la ligature, après quoi, on peut l'abandonner dans la cavité abdominale. Les autres détails de l'intervention sont exactement les mêmes que dans l'ovariotomie.

Cette opération, en général accessible à tous les chirurgiens, peut en certains cas embarrasser les plus experts (distension extrême de la trompe rendant la rupture presque inévitable, fusion, coalescence des ovaires, des trompes, des ligaments larges, de l'utérus, et des autres organes voisins).

Résultats. — L'excellence des résultats immédiats aussi bien que la faible mortalité de cette opération, sont des points mis absolument hors de doute par les importantes statistiques de Tait, de Bantock et d'autres chirurgiens éminents. En ce qui concerne les résultats définitifs, les appréciations émises par des hommes d'une autorité non moins grande, ne sont pas aussi séduisantes. « En général, dit A. Doran, l'oophorectomie pratiquée pour des affections chroniques des annexes est suivie d'une convalescence rapide. Malheureusement, la guérison définitive n'est pas tellement fréquente. Des troubles psychiques se développent parfois après une oophorectomie double. Les cas dans lesquels le pédicule suppure sont particulièrement fâcheux. Des trajets fistuleux s'ouvrent, se ferment, s'ouvrent de nouveau dans la plaie abdominale, et persistent durant des mois en écoulant du pus. Ces cas s'observent dans d'autres cabinets de consultation, dans d'autres services hospitaliers que ceux où l'opération a été faite ; comme l'opérateur n'en entend plus parler, il les suppose guéris, et lui ou les registres de l'hôpital les consignent comme « guérisons ».

Un certain nombre de malades se plaignent de la persistance des douleurs qu'elles ressentaient avant l'opération ; fait qui résulte sans doute de l'existence d'adhérences intesti-

nales, ou de la présence d'exsudats inflammatoires comprimant des rameaux nerveux. Enfin, les ligatures peuvent être le point de départ des accidents observés en quelques cas. De même, Coë a pu dire : « Il est un assez grand nombre de femmes, qui suivent les diverses cliniques de New-York, auxquelles on a enlevé trompes et ovaires, et qui précisément accusent les mêmes douleurs qu'elles éprouvaient jadis. En fait, je puis citer des cas dans lesquels, en dépit de l'absence de menstruation, les souffrances sont plus violentes que par le passé » (1).

REVUE CLINIQUE

INFECTION PUERPÉRALE CONSÉCUTIVE A UN AVORTEMENT. — RÉTENTION DE DÉBRIS PLACENTAIRES.— CURAGE. — INFECTION A FORME DIPHTÉROIDE. — IRRIGATION CONTINUE. — GUÉRISON.

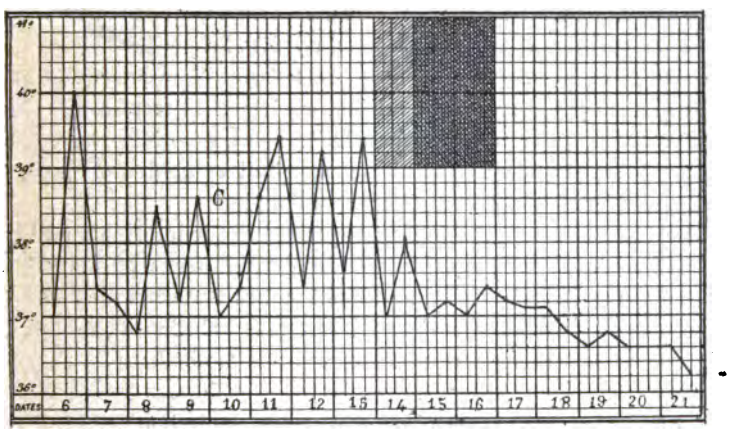
Par **Henri Hartmann.**

R. S..., 22 ans, entre le 5 août 1890, dans le service de M. le Dr Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 2, pour des accidents fébriles à point de départ utérin.

En interrogeant cette malade, nous apprenons que les règles, qui devaient venir le 23 mai, ont manqué à cette époque, que le 20 juillet elle a commencé à avoir des pertes blanches abondantes, qui ont été traitées en ville par des injections boriquées biquotidiennes

(1) En terminant, l'auteur recommande à nouveau de ne pas entreprendre trop facilement une opération aussi grave que l'extirpation des annexes. Il convient de réfléchir mûrement avant d'entreprendre une telle opération qui fait des êtres insexués. La faire résolument quand les circonstances l'imposent, mais, dans les cas moins graves, et il sont assez nombreux, recourir à des procédés moins offensifs et plus conservateurs.

et des applications de tampons iodoformés; dans ces derniers temps, le médecin qui la soignait, voyant les pertes blanches continuer, fit dans l'utérus des applications de crayons iodoformés. La dernière application de crayon remonte au samedi 2 août; le col était alors le siège d'une ulcération sanguinolente assez étendue; c'est dans la nuit suivante, du 2 au 3 août, qu'éclatèrent les accidents sous forme d'une hémorrhagie abondante, qui dura jusqu'au soir du 3 et s'accompagna de l'expulsion de caillots. Les jours suivants la malade se sent plus mal et est amenée à l'hôpital par son médecin, le 6. La température est le soir de son entrée de 40°.



C. Curage utérin le 10. Le grisé clair indique la période d'irrigation intermittente. Le grisé foncé la période d'irrigation continue.

Le 7 au matin, nous l'examinons; la fièvre est tombée, le col est ramolli mais fermé, l'utérus est un peu gros, le ventre un peu sensible, surtout dans la fosse iliaque droite. Les seins contiennent du colostrum. *Diagnostic :* Infection puerpérale consécutive à un avortement. *Traitement* : Injections vaginales antiseptiques, repos.

Les jours suivants, la température monte le soir à 38°,5; 38°,6; on voit autour de l'orifice du col des plaques grisâtres; il coule de l'utérus un liquide sanieux, rougeâtre; des injections intra-utérines antiseptiques n'amènent pas d'abaissement de la température.

Aussi, le 10, après avoir chloroformé la malade, faisons-nous,

avec le dilatateur de Sims, la dilatation du col et le *curage* de la cavité utérine; nous ramenons ainsi des débris placentaires. Irrigation intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 5000. Tamponnement iodoformé de la cavité.

Le soir, la température reste normale.

Mais le lendemain, elle remonte, présentant chaque soir une exacerbation.

On renouvelle le tamponnement iodoformé matin et soir, faisant chaque fois une irrigation intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 4,000. Cette thérapeutique reste sans résultat. Bien plus, les exsudats diphtéroïdes reparaissent sur l'orifice du col et s'étendent rapidement jusqu'à la vulve. Les fausses membranes recouvrent toute l'étendue du vagin, les petites lèvres, une partie de la face interne des grandes. Elles ont une coloration grisâtre, une épaisseur de 2 à 3 millim. environ et laissent à nu, lorsqu'on les détache, une surface légèrement excoriée, siège d'un suintement sanguin très minime, rappelant celui des plaques de psoriasis qu'on vient de gratter avec l'ongle.

Le 14, nous supprimons le tamponnement iodoformé du vagin et de l'utérus, nous plaçons un drain dans l'utérus et nous faisons, toutes les 3 heures, une injection intra-utérine alternativement avec de l'acide borique et avec une solution de sublimé à 1 pour 5000. La température le soir, monte moins haut et n'arrive qu'à 38°,1.

Le 15, nous installons chez cette malade l'irrigation continue suivant le procédé du professeur Pinard (1).

Pendant une 1/2 heure nous faisons passer un courant de sublimé à 1/10000, puis nous nous contentons de faire de l'*irrigation continue avec de l'eau bouillie*. Une grande quantité de fausses membranes salissent l'eau qui s'écoule pendant la première journée. L'infection semble toutefois immédiatement arrêtée. Le soir, la température reste normale; des fausses membranes, recueillies et soumises à des essais de culture par notre ami F. Widal, restent stériles.

Le lendemain matin, le vagin est à peu près entièrement débar-

---

(1) Voir PINARD et VARNIER. De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales. *Annales de gynécologie* 1885, décembre, p. 454 et 1886, janvier, p. 19.

rassé de ses fausses membranes ; le soir il n'y en a plus du tout.

Nous continuons encore l'irrigation, toujours avec de l'eau bouillie, pendant la journée du 16 et la suspendons définitivement le 17 au matin.

La guérison a lieu sans aucun incident.

Le 20e jour, la malade quitte l'hôpital.

Le 19 octobre nous la revoyons porteuse d'une syphilide papulo-squameuse. Les règles sont revenues sans accident le 18 septembre et ont duré jusqu'au 1er octobre. Le col est sain, sans aucun écoulement. Il n'y a pas trace de métrite ni de périmétrite.

Depuis lors, nous avons eu à différentes reprises l'occasion de voir cette malade, à propos d'accidents spécifiques divers ; il n'y a pas eu le moindre symptôme du côté de l'utérus. Pas trace de métrite consécutive.

Comme on le voit à la lecture de cette observation, les accidents, qui avaient résisté aux injections intra-utérines intermittentes, après avoir cessé passagèrement à la suite du *curage* antiseptique de la cavité utérine, ont repris 24 heures après, plus intenses qu'auparavant, accompagnés cette fois de productions pseudo-membraneuses jusque dans le vagin et sur la vulve, pour céder immédiatement et définitivement à l'*irrigation continue* faite suivant la méthode préconisée par MM. Pinard et Varnier. Celle-ci, pratiquée pendant 48 heures, a suffi pour débarrasser complètement l'utérus des germes septiques qu'il contenait. Y aurait-il eu avantage à faire d'emblée cette irrigation ? Nous ne le croyons pas. Le curage préalable, outre qu'il a l'avantage de débarrasser d'un coup la cavité utérine de débris qui peuvent être longs à s'éliminer, suffit le plus souvent pour faire cesser complètement l'infection (1). Dans le cours de l'année 1891, nous avons eu l'occasion d'y recourir plusieurs fois dans le service de notre maître, M. Terrier, pour des accidents infectieux, consécutifs, soit à l'accouchement à terme, soit à l'avortement, toutes les malades ont guéri.

---

(1) CHARTIER (ANDRÉ). *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.* Paris, Steinheil, 1887.

Une seule fois il y a eu, après le curage, production de pseudo-membranes, localisées au col et disparaissant après 48 heures d'injections intra-utérines intermittentes. Dans tous les cas, nous avons fait suivre le curettage d'une irrigation avec une solution de sublimé à 1/10000, puis d'un écouvillonnage de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 1/10. Une fois l'opération terminée, un gros drain était placé dans l'utérus et le vagin bourré de gaze iodoformée. Quant à l'irrigation continue, nous l'avons faite, dans le cas où nous y avons eu recours, en suivant exactement le manuel opératoire indiqué par le professeur Pinard. Le seul point particulier est qu'après avoir lavé pendant une demi-heure la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1 pour 20000, nous nous sommes contenté de recourir à une irrigation continue avec de l'eau bouillie pendant les 48 heures qui ont suivi. Ces irrigations d'eau stérilisée ont, du reste, déjà été préconisées par Gottschalk qui croit qu'en diluant les ptomaïnes elle les rend innocentes. Point n'est besoin d'aller chercher pareille explication, la simple action mécanique du courant d'eau, rendant suffisamment compte de la cessation des accidents.

REVUE GÉNÉRALE

DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE SCHULTZE CONTRE LES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

Par le Dr **R. Labusquière.**

(d'après une leçon de SCHULTZE) (1).

Les rétrodéviations de la matrice se classent en deux grands groupes : A), rétrodéviations mobiles, faciles à contenir, B), rétrodéviations adhérentes ou rebelles.

---

(1) Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter. *Samml. klin. Vorträge,* n° 24, 1891.

I

A) *Traitement des rétrodéviations mobiles, faciles à contenir.* A l'aide de deux doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum, le chirurgien soulève le corps de l'utérus, manœuvre qui s'exécute sous le contrôle constant de l'autre main, qui suit l'organe à travers la paroi abdominale (fig. 1).

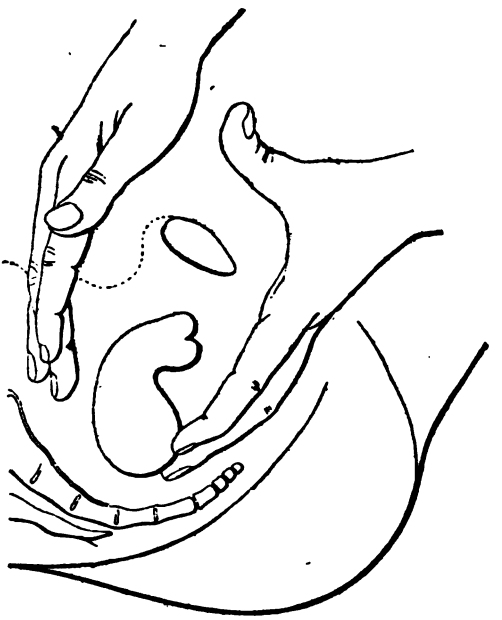


FIG. 1.

Quand le corps de la matrice a été remonté jusqu'au détroit supérieur, résultat qu'il n'est pas souvent facile d'obtenir, mais auquel on peut efficacement aider à l'aide d'une pression exercée sur le col, dans la direction de la flèche (fig. 2), les extrémités des doigts de la main hypogastrique reçoivent le fond de l'utérus (fig. 3) et l'amènent, très prudemment, plus en avant, de façon à le conduire peu à peu dans sa situation

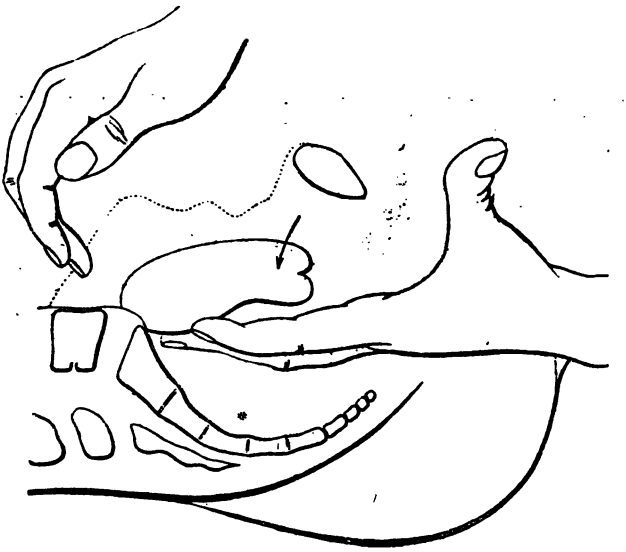


FIG. 2.

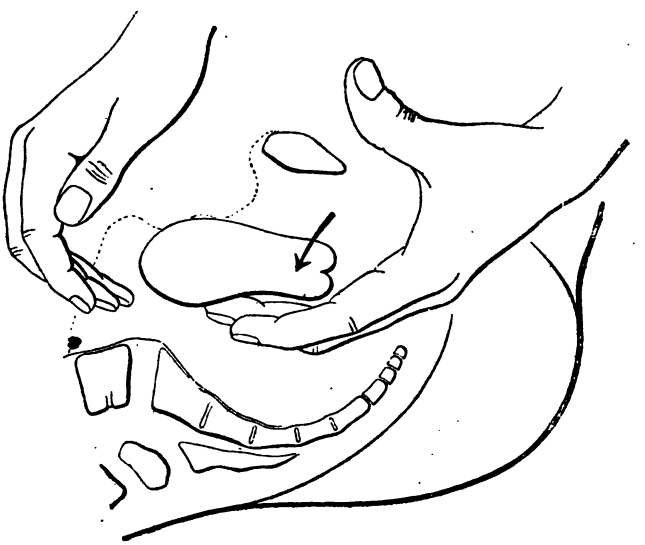


FIG. 3.

normale, en arrière de la symphyse. Durant ce temps, les doigts qui sont dans le vagin, se plaçant comme il est indiqué dans la figure 4, reconnaissent si la partie supérieure du col a conservé sa souplesse, sa flexibilité normale. Mais, la reposition de la matrice dans sa situation normale ne fait pas disparaître le relâchement des moyens de fixité de l'utérus, véritable cause de la rétroversion. Et si l'on ne se préoccupait pas

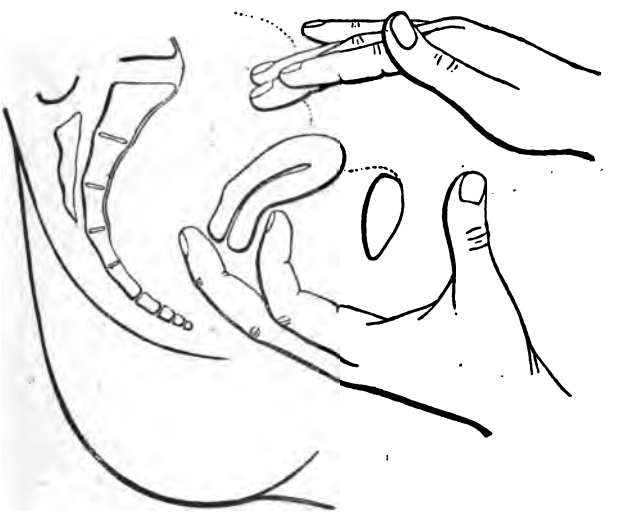


FIG. 4.

d'assurer la contention de l'organe redressé, il n'est pas douteux que le déplacement se reproduirait. Il faut donc substituer à l'action contentive, perdue, des ligaments utéro-sacrés une action ayant pour effet de maintenir, en arrière, le col de l'utérus. Et l'on y arrive, soit en fixant directement le col en arrière à l'aide d'un support direct, soit en refoulant, en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin. On réalise ces conditions par le tamponnement du vagin avec de la gaze ou de l'ouate ou par l'application de pessaires de formes diverses. Le pessaire de Hodge, celui de Thomas maintiennent le col en arrière par la tension, le refoulement en haut du cul-de-sac

vaginal postérieur. On peut aussi en agissant sur la portion vaginale, fixer le col en arrière, au moyen des pessaires en 8 de chiffre et en traîneau (pessaires de Schultze). Mais, quels que soient les appareils employés, il importe que l'utérus puisse obéir aux déplacements qui lui sont alternativement transmis par la vessie et le rectum.

Le retour de l'utérus dans son antéflexion normale, les organes voisins étant en état de vacuité, est assuré par le pessaire, grâce à l'élasticité et à la contractilité du plancher périnéal sur lequel il repose.

D'une manière générale, il convient de façonner, de modeler le pessaire sur chaque cas que l'on a à traiter, et pour cela, ce qu'il y a de mieux, ce sont les anneaux flexibles malléables. D'autre part, de toutes les substances employées jusqu'ici, c'est le celluloïd qui paraît posséder le plus de qualités.

II

B) *Rétrodéviations adhérentes ou rebelles.* — Ce sont les rétrodéviations qui résistent aux tentatives de reposition, ou qui, la reposition effectuée, se reproduisent toujours, malgré l'application d'un pessaire aussi bien choisi que possible pour chaque cas. Les obstacles à la réduction aussi bien que les causes de la reproduction du déplacement utérin peuvent être reconnus au moyen d'un examen minutieux, exploration digitale par le rectum ou le vagin combinée avec la palpation abdominale (1). Ils sont constitués tantôt par des adhérences superficielles, larges, tantôt par des membranes en forme de cordons, qui unissent l'utérus à la paroi postérieure du bassin ou au rectum, les trompes et les ovaires au plancher de l'espace de Douglas, à la surface postérieure des replis de Douglas, ou à la paroi latérale du bassin. En d'autres cas, on constate par le même examen

(1) Ueber Palpation der Beckenorganen U. S. W., *Jenais. Zeitsch. f. Med. Naturwissenschaft.* Bd V Hft. 1.

minutieux que le revêtement péritonéal de l'utérus et de ses annexes est entièrement dépourvu d'adhérences. L'utérus se laisse bien remettre en antéversion ou en antéflexion, mais pour reprendre sa position normale dès que le doigt du chirurgien se retire, ou bien peu après. Dans ces cas, les obstacles à la contention de la réduction sont sous-péritonéaux et siègent dans le tissu cellulaire pelvien ou dans le tissu cellulaire du péritoine lui-même, cicatrices de péri ou paramétrites aiguës ou chroniques, indurations et rétractions qui affectent en partie le feuillet péritonéal de l'utérus, en partie le feuillet séreux qui va de l'utérus à la paroi pelvienne. Ces anomalies, le doigt explorateur les reconnaît parfois, mais souvent le chirurgien ne les devine qu'en tenant compte de la manière spéciale dont l'utérus, redressé, revient toujours dans sa mauvaise situation.

Tandis que les obstacles de la première catégorie fixent le fond de l'utérus en arrière, au contraire ceux qui rentrent dans la seconde fixent le col en avant; tandis que les premiers (exception faite, des adhérences avec l'intestin), s'opposent la plupart du temps aux tentatives de reposition, les autres au contraire n'empêchent pas cette reposition, seulement ils ne permettent pas le maintien de la position normale de la matrice. En certains cas, ces obstacles de nature diverse coexistent.

Conditions spéciales d'où découlent les indications pour le traitement des rétroflexions rebelles.

1) Adhérences péritonéales et cordons membraneux.

2) Indurations et cicatrices situées à la surface du péritoine, ou au-dessous de la séreuse dans le paramétrium.

3) Relâchement ou paralysie des moyens de fixité normaux de l'utérus. Car, même dans les cas où ce relâchement des moyens de fixité n'est pas la cause originelle du déplacement, la tonicité de ces tissus se perd par le fait même de la suppression trop prolongée de leur fonction.

1) *Traitement dans le cas d'adhérences et de cordons péri-*

tonéaux. On peut, en beaucoup de cas, faire disparaître l'obstacle, par le décollement des adhérences anormales, exécuté dans la narcose, au moyen des doigts des deux mains, introduits soit dans le vagin, le rectum, au besoin dans le col de l'utérus primitivement dilaté, et agissant les uns contre les autres (1). Il est encore possible de détruire les adhérences péritonéales par le massage fait suivant la technique de Thure-Brandt. Dans certains cas enfin, il est indiqué de recourir au décollement, à la destruction directe des adhérences péritonéales après laparotomie (Olshausen, Czerny, Leopold, Klotz, Sänger). Schultze avait jadis proposé, avec l'idée d'éviter la laparotomie, d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin, et, après destruction des adhérences, de fixer le col en arrière au moyen d'une suture (2). Il concède, toutefois, avec Kustner, que dans le plus grand nombre des cas où il est nécessaire d'ouvrir le péritoine pour détruire les adhérences, il est préférable de faire la laparotomie.

La laparotomie faite, les adhérences détachées, et l'utérus ramené dans sa position normale, quel procédé appliquer pour assurer la réduction : fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure, raccourcir les ligaments ronds (Wylie, etc.), les ligaments utéro-sacrés (Frommel), les ligaments ronds dans le canal inguinal (Alquié), ou bien — suivant le conseil de Kustner, — fixer au moyen d'un pessaire le col en arrière, et, de cette manière, assurer le maintien de la position normale ? Schultze estime qu'il est impossible d'adopter un procédé unique pour tous les cas, mais il considère que le meilleur plan à suivre, consiste à assurer la situation normale de la matrice par le raccourcissement des replis de Douglas ou par l'application d'un pessaire. Seulement, il faut avant s'être bien assuré, les adhérences anormales une

(1) *Volkmann's Samml. klin. Vorträg.*, n° 176, 1879. *Cent. f. Gyn.*, 1883 ; *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XIV, Hft 1, 1872.

(2) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XIV, Hft 1, 1887.

fois détruites, qu'abstraction faite du relâchement des moyens ordinaires de fixité, il n'existe aucune autre condition anormale qui force l'utérus à reprendre sa position anormale (indurations, cicatrices paramétriques). Si l'on constatait des altérations de cet ordre, il serait prudent de fixer l'utérus en pratiquant une des opérations précédemment citées.

2) *Indurations et cicatrices situées à la surface du péritoine ou au-dessous de la séreuse dans le paramétrium.* — Ces altérations, dans le plus grand nombre des cas, n'empêchent pas le chirurgien de ramener l'utérus dans sa position normale, mais ce à quoi elles s'opposent, c'est à la contention permanente de l'organe réduit. Un cordon cicatriciel qui, du col de l'utérus, se continue librement vers l'épine sciatique, peut constituer l'obstacle.

Plus un cordon cicatriciel se dirige en avant vers la paroi pelvienne, plus il éloigne la portion vaginale de la ligne médiane, plus il place l'utérus dans une direction oblique, et plus aussi les obstacles au maintien de la réduction sont considérables. Contre ces lésions, Schulze a, depuis quatre années, pratiqué avec de grands avantages le massage suivant la méthode de Thure-Brandt et combiné avec l'emploi des pessaires. Quand on se borne à faire exclusivement le massage, quand on laisse, même pendant un intervalle de quelques heures seulement, l'utérus sans soutien, on retrouve habituellement à chaque séance l'utérus dans la même position qu'il avait avant la séance précédente.

Au contraire, si l'on a soin d'assurer, après chaque séance de massage, le bénéfice obtenu par l'application d'un pessaire, ou, au cas d'intolérance pour cet appareil, d'un tampon d'ouate ou de gaze, on arrive promptement au but. En résumé, Schultze accorde une grande importance à l'emploi combiné du massage et des moyens, appropriés (1), de contention.

---

(1) Souvent, dans des cas où la contention de l'utérus, redressé, par des

Quand ces moyens ne suffisent pas, quand on est obligé de faire la rétroposition intra-utérine de l'utérus, il faut, au préalable, laver l'utérus, et quand il est étroit, le dilater. Il importe également de rechercher si l'endométrium n'a pas une tendance trop manifeste à se laisser léser, et s'il n'est pas trop sensible. Une sonde souple, non élastique, une tige en métal, à faible courbure, légèrement conique, et de 5 à 7 millimètre de diamètre constituent les instruments utiles. Avec cela, une antisepsie rigoureuse, l'impossibilité assurée de porter les sécrétions vaginales dans l'utérus, sont des conditions complètement indispensables.

La femme étant placée dans la position génu-pectorale, la portion vaginale bien en vue dans un spéculum en forme de cuiller, on saisit la lèvre antérieure avec une pince à griffe, on abaisse un peu la portion vaginale, puis on introduit la sonde conique dans la cavité utérine, la courbure de l'instrument étant dirigée en arrière. On retourne ensuite lentement l'instrument, et l'on pousse l'utérus au dehors du bassin en le dirigeant du côté vers lequel ce mouvement est plus facile, détail dont il faut s'être primitivement assuré par la palpation bimanuelle. L'instrument retiré, la femme ayant repris le décubitus dorsal, on complète la réduction, c'est-à-dire qu'on ne s'arrête que quand le fond de l'utérus repose en arrière de la symphyse. Immédiatement après, on procède à un massage qui doit durer de 2 à 4 minutes au plus. Enfin, on assure la contention de l'organe soit par un pessaire approprié, soit par un tamponnement à la gaze ou à l'ouate, chargée ou non de substances médicamenteuses.

---

pessaires, est douloureuse, intolérable, il est possible de l'assurer par le tamponnement du vagin : avec de l'ouate, par exemple. Les tampons sont avantageusement appliqués, la femme étant dans la position génu-pectorale. Schultze se sert d'ouate salicylée à 4 0/0, ou bien il ajoute, au traitement orthopédique, l'action de certaines substances médicamenteuses. A cet effet, l'ouate est imprégnée soit de glycérine, de solutions iodurées, ou d'ichthyol, dernière substance qui a l'avantage de fortifier pour ainsi dire la muqueuse vaginale et de la rendre plus apte à supporter les agents mécaniques employés.

Pendant les règles, il est évident que le tamponnement du vagin n'est pas de mise. Quand la femme peut supporter un pessaire en celluloïd, le pessaire maintient l'antéversion; mais, si l'instrument n'est pas toléré, il arrive malheureusement quelquefois que l'utérus se replace en rétroflexion. Le massage, à condition, bien entendu, qu'il n'ait pas été suivi antérieurement d'effets fâcheux, ne doit pas être suspendu pendant la menstruation. L'interruption du massage, avant qu'on ait obtenu un résultat positif, éloigne le succès. Schultze, dans le cas où le tampon est laissé 4 jours, masse sur le tampon; aussi le tamponnement ne doit-il pas être si serré qu'on ne puisse introduire un doigt entre le tampon et la paroi du vagin. L'auteur masse également sur le pes-

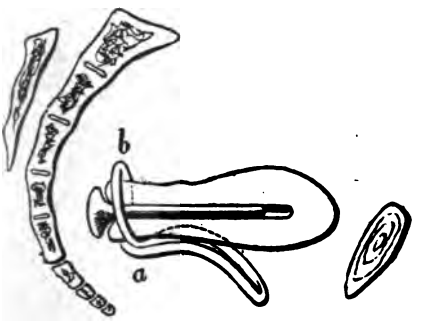


FIG. 5.

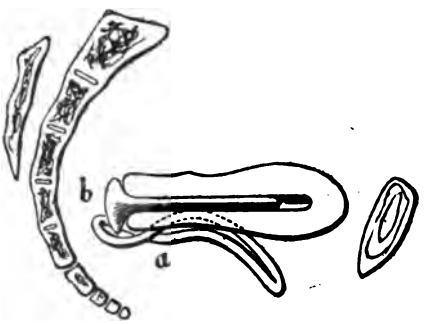


FIG. 6.

saire vaginal. Il a obtenu de cette pratique des résultats très favorables.

Quand l'utérus tend invinciblement à reprendre la *forme* rétrofléchie, ce qui n'est pas rare dans les cas de rétroflexion, tendance qui se manifeste même quand on a réussi à fixer la portion vaginale en arrière, Schultze emploie concuremment une tige intra-utérine (en ivoire ou en celluloïd) qui est destinée à empêcher l'utérus de prendre la *forme* rétrofléchie, et le pessaire en 8 de chiffre, qui remplit son but ordinaire, la fixation du col en arrière. Les figures (5 et 6) montrent la disposition réciproque de la matrice et des deux instruments.

D'autre part, dans les dernières années, Schultze a plusieurs fois massé l'utérus sur la tige d'ivoire intra-utérine, et il a retiré de cette pratique des résultats très favorables, précisément dans les cas de rétroflexion essentiellement rebelles auparavant. Dans deux cas, il a même continué avec avantage cette manière de faire pendant la menstruation. En terminant cette description du massage, l'auteur insiste sur les précautions minutieuses dont il doit être entouré, sur l'expérience, l'habileté, la patience qu'il requiert, conditions au défaut desquelles la méthode comporte de réels dangers et est exposée à un discrédit injustifié.

III

Traitement chirurgical. — Bon nombre de cicatrices qui fixent le col latéralement, et beaucoup plus en avant qu'il n'est dans sa position normale, sont les suites de déchirures cervicales, survenues au cours de l'accouchement. Certaines de ces déchirures affectent les culs-de-sac du vagin et se prolongent jusque dans le paramétrium, et les cicatrices auxquelles elles donnent lieu s'étendent aussi loin. Les autres déchirures ne sont pas aussi profondes, mais la paramétrite développée durant les suites de couches devient le point de départ du tissu cicatriciel qui fixe anormalement l'utérus. Contre ces cicatrices cervicales, contre l'ectropion cervical qui en résulte, on fait l'opération d'Emmet, à laquelle on a en outre attribué (Van de Warker, Vuillet, Dudley, Sinclair, Sänger, Martin) le mérite d'exercer une influence heureuse sur la rétroversion elle-même.

Ce résultat complémentaire de l'opération d'Emmet ne peut s'expliquer que si l'on admet qu'au cours de cette opération, on a libéré le col des cicatrices qui le maintenaient anormalement fixé. Il est évident que ce résultat heureux sera d'autant plus sûrement obtenu que le chirurgien l'aura fait rentrer parmi les indications sur lesquelles il fonde sa méthode d'intervention. Lorsque la cicatrice s'élève très

haut dans le paramétrium, Schultze conseille d'avoir recours à l'opération indiquée par Martin (1). Dans les cas de rétrodéviations sous la dépendance d'une brièveté infantile de la paroi vaginale antérieure, il faut suivre la méthode opératoire que Skutsch a appliquée avec succès contre la brièveté infantile du vagin (2) : il incise transversalement la paroi du vagin, écarte fortement les bords de la plaie, les réunit par des sutures transversales, obtient une cicatrice longitudinale, perpendiculaire à la direction de l'incision. L'allongement ainsi obtenu de la paroi antérieure du vagin permet de ramener le col en arrière, et par l'application d'un pessaire en 8 de chiffre, de maintenir l'utérus dans l'antéflexion normale.

Quand on n'a réussi par aucune des méthodes précédentes, on peut, en certains cas, pratiquer la vieille opération d'Alquié, le raccourcissement des ligaments ronds. Encore faut-il que ces ligaments soient accessibles et fortement développés. Cette opération, d'ailleurs, malgré la vogue dont elle jouit en Amérique, n'est susceptible que d'une application limitée. Schultze a relevé plusieurs cas d'insuccès indéniables. Il y a aussi l'opération de Schücking, mais ce procédé opératoire, malgré les perfectionnements qu'on lui a fait subir dans le but d'éviter les blessures de la vessie, comporte encore trop de risques pour le voir entrer dans la pratique courante. En somme, l'opération de choix pour le plus grand nombre des chirurgiens, consiste à fixer, après laparotomie,

(1) « Je saisis l'utérus mis à découvert et j'exerce sur lui des tractions aussi considérables que le permet la continuité des parties dans le sens opposé aux adhérences. Puis j'excise la cicatrice de la surface externe du col à l'aide d'une section en croissant, embrassant la partie latérale. D'habitude, j'enfonce de dehors en dedans, et le long du col, un couteau pointu, à deux tranchants, que je promène assez loin et assez profondément autour de l'utérus pour le débarrasser des brides cicatricielles. La plaie s'ouvre largement et la matrice tombe alors dans le milieu du bassin, etc... ». *Traité clinique des maladies des femmes.* Trad. française, par VARNIER et WEISS, p. 424.

(2) *Verhandl. der deutsch. Gesells. f. Gyn.*, II, 1888, p. 184.

l'utérus en avant, en unissant soit le fond de l'utérus, soit les cornes utérines à la paroi abdominale antérieure (hystéropexie directe ou indirecte).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1892.

Suite de la discussion sur l'**accommodation en obstétrique.**

Loviot. — Faits cliniques : 1) **Rupture spontanée des membranes avec écoulement lent du liquide amniotique à la fin du 8e mois de la grossesse. Septicémie passagère avant le travail par omission des précautions antiseptiques. Enfant vivant. Insertion du placenta sur le segment inférieur.** — Fait observé chez une IIIpare, âgée de 26 ans. Le travail se déclara 5 jours environ après le début de l'écoulement du liquide amniotique, lequel s'était produit inopinément, sans intervention d'aucune circonstance extérieure appréciable.

Expulsion d'un enfant vivant, du poids de 2,650 gr. Délivrance normale. A l'examen du délivre, on constata qu'elles étaient rompues non loin de sa périphérie, ce qui indiquait que le placenta s'insérait très bas, circonstance favorable à la rupture prématurée des membranes ; 2) **Application du forceps pour une O.I.D.P. après réduction manuelle, cinq circulaires autour du cou. Longueur du cordon 1 m. 25** ; 3) **Ovulation sans menstruation, grossesse méconnue par l'intéressée....** 36 ans, premières règles à 16 ans, depuis, menstruation toujours régulière, durant de 8-10 jours. Il y a 14 mois environ, cessation de la menstruation, et à un certain moment, gonflement du ventre, que la malade, très rhumatisante, met sur le compte du rhumatisme. Après être restée 14 mois sans être réglée, la femme est prise de douleurs de travail, et l'on extrait par le forceps un fœtus vivant, dont le développement phy-

sique correspond à 6 1/2-7 mois de vie intra-utérine au plus, et qui s'élève parfaitement, quoique au biberon. L'auteur fait remarquer qu'il serait intéressant de savoir si cette femme sera de nouveau menstruée; 4) **réduction spontanée pendant la grossesse d'un fibrome utérin remplissant le cul-de-sac latéral gauche du vagin. Rupture des membranes, avec écoulement brusque du liquide amniotique 4 jours 1/2 avant l'accouchement, mort du fœtus.**

M. le Dr E. Blanc lit un travail sur **les rapports des inflammations péri-utérines avec la grossesse et l'accouchement.**

Les auteurs classiques n'ont pas encore porté leur attention sur ce coin de pathologie obstétricale. Tous les gynécologues ou accoucheurs signalaient les dangers que court la grossesse dans les cas où l'utérus est dévié ou fixé par des adhérences. MM. Pinard et Varnier, dans leur importante étude sur la rétroversion de l'utérus gravide, font une distinction très juste entre les adhérences para-utérines, c'est-à-dire unissant l'utérus aux parois et viscères pelviens, et les adhérences extra-utérines, effectuée en dehors de cet organe, mais à son voisinage immédiat. Tandis que les premières tendent à s'amollir, à se résorber et à disparaître durant la grossesse, les secondes ne subissent pas ou presque pas l'influence modificatrice de la gestation. Mégrat, dans son travail sur la péritonite durant la grossesse, ne fait qu'effleurer ce sujet, et l'auteur qui s'en est le plus occupé, c'est Pierre Delbet, dans son traité « Des suppurations pelviennes chez les femmes ». Il consacre en effet deux pages à ce sujet et relève 8 cas de péritonites purulentes déterminées par l'ouverture de salpingites ou ovarites anciennes.

M. Blanc a pu réunir 50 observations d'inflammations péri-utérines compliquant la grossesse ou l'accouchement. De ces observations, 12 lui sont personnelles. Il les groupe, d'après le diagnostic clinique ou d'après l'examen anatomique, en 4 catégories : 1° phlegmons du ligament large (11 cas) ; 2° salpingo-ovarites (18 cas) ; 3° pelvi-péritonites (13 cas). 5 cas se rapportent à des lésions tuberculeuses des annexes ou du péritoine pelvien, et constituent une véritable rareté pathologique.

Quelle est l'influence de la grossesse sur les lésions inflammatoires du petit bassin ? Elle est très fâcheuse. Il suffit pour le démontrer de dire que la mortalité maternelle atteint le chiffre de 49 0/0 dans tous les cas pris en bloc. Le taux de cette mortalité varie d'ailleurs beaucoup avec les diverses catégories d'affections

établies. Tandis que dans les 10 cas de phlegmons du ligament large dont le résultat est connu, l'auteur ne trouve que 3 morts à mettre plus ou moins directement sur le compte de cette complication, soit une mortalité de 30 0/0, il arrive avec les salpingo-ovarites au chiffre de 11 morts sur 18, ou 62 0/0 et avec les pelvi-péritonites à celui de 55 0/0 ou 8/13. Une statistique comparative empruntée à Delbet et portant sur 391 cas de salpingo-ovarites en dehors de la grossesse donne une mortalité maternelle de 20 0/0 et celle de 33 0/0 pour les abcès pelviens non traités et ouverts dans le vagin. Cette grande différence dans le pronostic est justifiée théoriquement. En effet, les collections incluses dans le ligament large, isolées par une poche kystique épaisse, complètement fermée, subissent d'une façon moins directe et en tout cas moins dangereuse, l'effet du déplacement et de la distension de l'utérus gravide.

Comment agit la grossesse pour provoquer avec autant de facilité le réveil ou une aggravation de ces accidents inflammatoires ?

Il faut évidemment d'abord compter avec les modifications puerpérales des liquides de l'économie, et surtout de la zone pelvienne. Mais il faut tenir un compte essentiel des rapports nouveaux que prend l'organe de la gestation, et de la rupture relativement fréquente des adhérences qui limitent et protègent les collections grandes ou petites, situées dans son pourtour. Au fur et à mesure que l'œuf se développe, l'utérus quitte l'excavation pelvienne pour remonter dans l'abdomen, et par cela même entraîne et tiraille ses annexes, déplace ses culs-de-sac, exerçant des effets identiques sur les poches kystiques qui, accidentellement, l'environnent et gênent sa distension. Que cette affection soit le résultat d'une pelvi-péritonite ou d'une inflammation tubaire, elle peut, dans ces conditions, se déverser à la surface de la séreuse péritonéale. M. Blanc trouve que dans les salpingo-ovarites, la mort a lieu très fréquemment (50 0/0) par rupture de la poche kystique. Cette même cause de mort n'intervient en dehors de la grossesse que dans 11 0/0 des cas.

Dans les salpingites, l'éruption intra-abdominale du liquide, peut se faire d'une autre façon : par expression de ce liquide à travers l'*ostium abdominale*, sous l'influence de l'augmentation de pression que crée l'utérus en voie de développement, et peut-être aussi de la traction exercée sur les trompes. Un fait intéres-

sant à signaler c'est que dans un certain nombre de cas (5) la rupture des collections ne s'est faite qu'après l'accouchement, soit dans les premiers jours de couches, soit même plus tard, 21 jours : cas de Sänger, 15 jours après un avortement.

Il est probable enfin que la grossesse peut-être cause de rupture tubaire, en réalisant la fermeture du trajet par lequel s'écoulait d'une façon intermittente le pus accumulé dans les trompes, c'est-à-dire en fermant la cavité utérine.

Si, au moment où la femme devient enceinte, il ne reste comme vestiges de l'inflammation ancienne du petit bassin, que des adhérences fibreuses, maintenant l'utérus dévié en divers sens et surtout en arrière, l'effet de la grossesse sur ces trousseaux fibreux sera favorable. Elle les assouplit, les amollit, comme elle fait pour les fibromes, et rend possible leur distension.

Dans un certain nombre de cas, qu'il est impossible d'apprécier par le moyen des statistiques, la grossesse a évolué en n'exerçant sur l'inflammation péri-utérine qui la précédait, aucune influence de quelque gravité.

Les inflammations et collections pelviennes à leur tour témoignent leur présence durant la grossesse ou l'accouchement par des effets tout aussi sérieux quoique de nature différente. La grossesse est interrompue dans plus de la moitié des cas, 55 0/0, et presque toujours cette interruption est un avortement. La plus grande part de cette fâcheuse influence revient aux pelvi-péritonites (76 0/0) et la plus faible aux lésions des annexes (35 0/0). Quant à la cause de l'avortement il faut chercher parmi divers facteurs qui peuvent agir isolément ou simultanément : poussées inflammatoires, situation vicieuse de l'utérus, adhérences, etc... Parfois c'est dans l'œuf ou la cavité utérine elle-même (endométrite) que réside la cause de l'avortement, ainsi que l'auteur en relate un exemple très net.

Après quelques considérations générales sur les marches de ces affections, l'auteur s'occupe de leur diagnostic. Il montre combien dans ces conditions est difficile le diagnostic de la grossesse à ses trois premiers mois. Les affections qui peuvent le plus souvent donner lieu à une méprise, sont : la grossesse rétro-utérine, la rétroversion de l'utérus gravide, la présence dans le cul-de-sac postérieur d'un fibrome ou d'un kyste de l'ovaire enflammés, l'hématocèle dont M. Blanc rapporte une observation au 3e mois de la grossesse.

Relativement au traitement, il convient, eu égard à la gravité du pronostic, de défendre la grossesse à toutes femmes porteurs d'une des lésions inflammatoires relatées ci-dessus. Durant la gestation, le traitement sera le même qu'à l'état de vacuité. Mais la laparotomie a été pratiquée pour ruptures des trompes et péritonite suraiguë. Une seule femme a guéri, et la grossesse a continué son cours. Deux fois la lésion inflammatoire a été cause de dystocie. Dans un cas de Felsenreich (obs. IX), un phlegmon du ligament large obstruait en partie l'excavation pelvienne; on fit la craniotomie; l'enfant était mort d'ailleurs. Dans un second cas (obs. LX, Vincent), une tumeur kystique, suite de pelvi-péritonite, obstruait le cul-de-sac de Douglas et dût être ponctionnée par le vagin, au moment de l'accouchement.

Dans les suites de couches certaines formes de septicémie ne sont que l'expression d'une infection produite par l'extension, ou par le développement d'une collection purulente, dont la femme était porteur durant sa grossesse.

Discussion. Budin ne veut pour le moment s'occuper que des accidents qui surviennent après l'accouchement. Ces accidents avant l'introduction de la méthode antiseptique en obstétrique étaient confondus avec ceux de la fièvre puerpérale proprement dite. A son avis, ils sont plus précoces, en général, que ne semble l'indiquer M. Blanc. M. Budin les a vus survenir parfois 24-48 heures après l'accouchement. Dans un 1er fait, il s'agissait d'une femme qui, antérieurement atteinte d'accidents péri-utérins, présenta 48 heures après l'accouchement des troubles graves, malgré une antisepsie rigoureuse. Cette femme évacua peu après par le rectum une abondante quantité de pus, évacuation qui fut suivie de la cessation des accidents. Dans un second cas, les accidents fébriles survinrent également 48 heures après l'accouchement. L'accouchée avait eu auparavant de la suppuration de la fosse ischio-rectale, suppuration qui se reproduisit après l'accouchement. Ces accidents sont dus à une disposition spéciale, mise en relief il y a déjà longtemps, de la femme en était puerpéral à fabriquer du pus. Cette disposition se manifeste non seulement sur les lésions anciennes ayant leur siège dans la sphère génitale, mais encore sur celles situées en d'autres régions du corps (récidive après l'accouchement d'une dacryo-cystite suppurée, suppuration de veines variqueuses, etc.). Il y a comme un réveil des accidents, qu'on invoque ou non ce que Verneuil a

appelé le microbisme latent. GUÉNIOT. Ces accidents ne peuvent actuellement s'expliquer que par le réveil, sous l'influence de la débilitation inhérente à la grossesse ou du traumatisme de l'accouchement, d'une infection antérieure. Plus exceptionnellement, il peut s'agir non plus d'accidents locaux, mais d'infections généralisées ou d'intoxications qui, engendrées au cours de la grossesse, ne se manifestent qu'après la délivrance (empoisonnement produit par le voisinage d'une fosse d'aisances). L. CHAMPIONNIÈRE, estime que le pronostic qui se dégage du travail de M. Blanc est trop sombre ; que d'après son expérience, il n'est pas douteux que bon nombre de femmes atteintes de lésions péri-utérines traversent plusieurs grossesses et accouchements sans être exposées à des accidents aussi sérieux. Il reconnaît avec lui que ces sujets ont une disposition très marquée à l'avortement. PORAK, n'ayant jamais observé de fait analogue, avait pensé que les lésions péri utérines devaient être une cause importante de stérilité, il serait intéressant d'étudier la question sous ce point de vue.

R. L.

S. BONNET. — **Note sur un mode de préparation antiseptique des tiges de laminaire et des éponges dilatatrices.**

On sait quel rôle important joue aujourd'hui dans la thérapeutique gynécologique la dilatation progressive de la cavité utérine. De toutes les substances utilisées dans le but de l'obtenir, tiges de tupelo, racine de gentiane, ivoire décalcifié, laminaires, éponges préparées, etc., les deux dernières sont les plus généralement employées.

Mon intention n'est de faire ici l'histoire, ni de la dilatation, ni de ses moyens : de nombreux mémoires l'ont faite, et je renvoie aux indications et aux expériences communiquées ici même, en 1887, par M. Porak. Je veux indiquer simplement le mode de préparation antiseptique économique et simple que j'ai coutume d'employer.

Les tiges de laminaire, destinées à la dilatation utérine, se trouvent, dans le commerce, sous forme de bâtonnets tournés, lisses, perforés d'après le procédé de Greenhalg ou pleins, de calibre progressif, mais de longueur uniforme. On n'en trouve guère, je crois, que de 6, et plus difficilement, de 8 centimètres. Elles sont généralement munies, à leur base, d'une soie destinée à en faciliter le

retrait, et dont l'utilité est fort contestable. Le principal avantage de ces tiges consiste dans la facilité de leur introduction, en raison de l'unité de leur surface; mais elles présentent, en revanche, un double inconvénient :

1° Étant de longueur égale, elles ne correspondent pas aux dimensions de tous les utérus : il en résulte que, trop longues, elles peuvent venir lutter contre la paroi vaginale postérieure, et y déterminer, surtout si la malade marche, soit une perforation de la cloison, soit une ulcération plus ou moins profonde.

M. Pichevin vient de publier un cas de ce genre et il m'a été donné aussi de constater ce petit accident.

Trop courtes, elles s'enclavent pendant leur turgescence surtout chez les nullipares, au-dessus de l'orifice du museau de tanche : on peut éprouver alors une difficulté considérable à les retirer. J'ai vu plusieurs fois M. Doléris — et je me suis trouvé moi-même dans la même nécessité — obligé de faire une section bilatérale du col pour arriver à les extraire. Au début d'une opération et lorsque la malade est sous le chloroforme, le désagrément est de mince importance, mais il est autrement ennuyeux lorsqu'on le rencontre dans son cabinet, sans aides, sur une malade inquiète et souffrant.

2° En second lieu, ces tiges, très lisses et parfaitement cylindriques à l'état sec, révèlent, en se dilatant, tous leurs défauts, c'est-à-dire des nœuds, des aspérités qui s'accrochent à la paroi et au relief de l'orifice interne, ce qui peut rendre leur retrait fort difficile et très douloureux.

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait un bien grand nombre de dilatations pour s'être trouvé aux prises avec ces diverses petites complications.

On trouve les éponges préparées de deux manières ; sous formes de petits cônes sans aspérités, et sous la forme ancienne d'éponge à la ficelle.

Les cônes sont ordinairement trop courts, et en raison de leur forme et de leurs dimensions, s'ils sont d'introduction aisée, ils ne dilatent guère que la cavité cervicale.

A ceux-ci, comme à l'éponge à la ficelle, on peut également adresser un double reproche. C'est qu'on n'est jamais absolument sûr de leur asepsie et qu'ils ne sont pas toujours consciencieuse-

ment préparés, avec une seule éponge. Il est arrivé que, croyant retirer l'éponge tout entière de la cavité utérine, on y en a laissé un fragment, et il est facile de pressentir les dangers d'un tel accident.

Enfin, laminaires et éponges ainsi préparées sont d'un prix relativement élevé et, pour secondaire qu'elle soit, cette considération peut ne pas être négligeable.

J'ai essayé, pour mon usage personnel, de remédier d'une façon pratique et économique a ces quelques désiderata, et, depuis bientôt deux ans, mon collègue le Dr Petit et moi, nous nous servons, avec une entière satisfaction, de laminaires et d'éponges préparées de la façon suivante :

1° *Laminaires :* Celles que j'emploie sont les tiges brutes du commerce, achetées au poids, simplement séchées et vierges de tout apprêt. Il est bon de choisir les plus lisses et les plus dures, car quelques-unes, d'aspect terreux, se montrent, après gonflement, molles, friables et pourraient s'écraser dans l'utérus sous la pression de la pince.

On les divise alors en segments de différentes longueurs, de 6 à 8 ou 9 cent. en tenant compte ainsi de leur allongement pendant le gonflement. Après les avoir brossées et lavées, afin de les débarrasser des matières étrangères qui peuvent adhérer à leur surface, on les plonge dans une solution froide de sublimé au 1/1000e et dans un vase propre, de dimensions assez grandes pour que leur dilatation ne soit pas contrariée. Il est bon de couvrir le vase afin de soustraire la préparation aux germes de l'atmosphère.

Les tiges n'atteignent leur maximum de turgescence, dans la solution froide, qu'au bout de 12 à 24 heures et même davantage. Cette différence tient à plusieurs causes : volume de la tige, température de la saison ou de l'appartement, etc...

Il n'y a nul inconvénient, du reste, à les y laisser séjourner plus longtemps, et on peut, par contre, en hâter le gonflement en les plongeant tout d'abord dans une solution tiède.

Je les lave alors dans de l'eau stérilisée et je les laisse macérer de nouveau, pendant un temps indéterminé, 24 heures au moins, dans de l'eau naphtolée au 1/1000e que j'obtiens par addition de 20 c. c. par litre d'uue solution alcoolique de naphtol au 1/20e.

Il n'y a plus qu'à les retirer de ce bain, en arrondir une extrémité avec une lame tranchante et les laisser sécher. Cette dessiccation ne doit pas s'opérer à l'air libre où leur surface pourrait se contaminer de nouveau ; on peut les envelopper dans une gaze ou dans de l'ouate antiseptique. Mais, par ce moyen, ce temps de la préparation est assez long et demande de 5 à 10 jours, suivant la température ambiante et le calibre des tiges. On peut obtenir beaucoup plus rapidement ce résultat à l'étuve modérément chauffée, ou, ce qui est mieux à la portée de tout le monde dans un simple four de cuisine, à condition de les y exposer dans un récipient propre.

Quel que soit le procédé adopté, il est bon de les surveiller et de ne pas les laisser arriver à un degré de sécheresse extrême, ce qui les rendrait dures, cassantes et plus difficiles à introduire. Alors qu'elles sont encore souple et malléables, bien qu'à peu près totalement rétractées, je les plonge dans de l'éther additionné de naphtol à 1 0/0 ou d'iodoforme à 5 0/0. Là elles finissent de se contracter tout en conservant leur souplesse et peuvent y être conservées indéfiniment, jusqu'au moment de leur emploi.

En résumé : choix, segmentation et lavage des tiges brutes; immersion dans une solution de sublimé au 1/1000e jusqu'à dilatation maxima; lavage à l'eau bouillie et macération nouvelle dans l'eau naphtolée; enfin, dessiccation et conservation dans l'éther iodoformé ou naphtolé ; telle est la série des manipulations qui doivent être faites, bien entendu, avec des mains antiseptiques.

Ainsi préparées, ces tentes sont souples et sûrement antiseptiques. Il est facile, après l'hystérométrie, de les choisir de dimensions convenables à chaque cas particulier : on peut facilement les raccourcir d'un coup de ciseaux.

Enfin, il est un petit point sur lequel je demande la permission de revenir. Ces tentes sont d'aspect assez inégal et ne flattent pas l'œil tout d'abord comme les tiges tournées du commerce ; mais, à l'inverse de celles-ci, elles ont les qualités de ce défaut. Elles se dilatent en un *cylindre parfait, absolument lisse*, sans aucune des inégalités qui se révèlent pendant la turgescence de celles-là et qui en rendent parfois l'extraction si douloureuse. Cette netteté de leur surface assure parfaitement l'écoulement des sécré-

tions et rend inutile la perforation centrale. Leur retrait est toujours très facile.

Quant à leur introduction, la souplesse qu'elles conservent les rend également faciles et, dans le cas où on les aurait laissées trop sécher, il est facile de les rendre malléables en les trempant pendant quelques secondes, dans une solution chaude de sublimé.

2° *Eponges.* — J'en emploie de deux sortes : les petites éponges indiennes, fournissant une seule tente, et une variété peu appréciée dans le commerce.

Celles-ci sont formées d'une base grossière dont émergent de longues branches coniques plus ou moins divisées et volumineuses.

Chacun de ces cônes, isolé et régularisé aux ciseaux, servira à préparer une longue tige dans laquelle on pourra tailler plusieurs tentes. Réduites par la ficelle, elles ne sont guère plus grosses que des laminaires de gros et même de moyen calibre. Très résistantes, elles ne se déchirent pas sous la traction de la pince et produisent une très bonne dilatation cylindrique.

Moins lisses que les cônes préparés, les éponges à la ficelle seraient sans doute plus difficiles à introduire comme premier agent de dilatation, mais on ne s'en sert généralement que lorsque la voie a été préalablement ouverte par une ou plusieurs laminaires successives : elles pénètrent alors sans difficulté.

Je les fais blanchir avant qu'elles ne me soient livrées. Comme on emploie pour cela le permanganate de potasse et le sulfite de soude, c'est déjà une préparation antiseptique qui les débarrasse des germes qu'elles ont pu recueillir au magasin.

Après avoir été taillées et débarrassées, s'il y a eu lieu, de leurs calcaires, elles sont soumises aux mêmes manipulations que les laminaires, c'est-à-dire immergées pendant plusieurs jours dans de la liqueur de Van Swieten, lavées à l'eau bouillie et plongées de nouveau dans l'eau naphtolée.

Il n'y a plus qu'à les exprimer et à les comprimer à la ficelle.

Je n'insiste pas sur ce dernier temps de la préparation : il n'est pas nouveau. Il faut employer de la ficelle de fouet, c'est-à-dire très tordue et ne s'aplatissant pas. Je la laisse immergée pendant quelques jours, comme les éponges, dans une solution de sublimé. Les tours de spire doivent être très serrés et partout en contact.

On obtient ainsi de longues tiges aseptiques, suffisamment rigides, qu'on coupe à la longueur voulue et qu'on arrondit grossièrement à une extrémité, qui pénètrent facilement dans la cavité utérine préablement ouverte par la laminaire, et se dilatent cylindriquement.

Je donne pour ce qu'il vaut ce procédé de préparation sans le prétendre meilleur qu'un autre et sans le discuter théoriquement. Je sais que la simple immersion dans l'éther iodoformé suffit ordinairement à assurer l'asepsie des tentes qu'on emploie, quelle que soit leur provenance ; mais j'ai néanmoins plus de confiance en celles que j'ai préparées moi-même.

D'autre part, si je ne me contente pas de la première immersion dans le sublimé, c'est qu'il m'est arrivé d'observer sur le col de petites ulcérations caractéristiques, après avoir employé des tentes ayant séjourné dans la solution au 1/1000e. C'est ce qui m'a engagé à les débarrasser par le lavage, de la majeure partie au moins des sels mercuriels; comme aussi à ne plus me servir pour les enduire, de vaseline au sublimé.

Enfin la régularité de la dilatation que donnent ces tentes, en dehors de la sécurité qu'elles confèrent, me semble encore justifier leur emploi.

REVUE ANALYTIQUE

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

De l'anatomie de la trompe gravide. (Zur Anatomie der schwangeren Tube). G. Klein, *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.* Bd XX, Hft 2. p. 288.

D'un examen microscopique très minutieux (et à cette occasion l'auteur insiste sur les grands avantages des coupes en séries qui lui ont permis d'interpréter certaines particularités dont la signification eût échappé avec des coupes isolées) d'un œuf âgé d'un mois et demi, Klein déduit les propositions suivantes :

1) L'œuf peut occuper un point excentrique de la trompe, se nicher dans une des dépressions formées par les replis tubaires.

A ce niveau, la paroi tubaire est amincie et prédisposée à la rupture. La paroi opposée est hypertrophiée. Le développement de l'œuf peut ultérieurement produire l'amincissement de la paroi primitivement hypertrophiée.

2) Dans l'ensemble, la caduque tubaire ressemble à la caduque utérine, mais elle en diffère par deux points : elle contient dans sa portion inférieure, entre les amas de cellules déciduales, des tractus connectifs, qui correspondent à la structure de la muqueuse tubaire normale. Elle possède, en outre, près de la musculeuse, une zone intermédiaire, dans laquelle, cellules déciduales, faisceaux musculaires et conjonctifs, peuvent se mêler : *sous-muqueuse tubaire.*

3) Il existe, entre les villosités choriales et la caduque tubaire, une connexion des plus intimes. La caduque engaine les extrémités villeuses, s'insinue et s'élève en certains endroits entre les villosités *(Caduque intervilleuse)* et peut, frappée de nécrose, former des *noyaux nécrotiques* (infarctus) avec les villosités incluses, comprimées. *Les villosités représentent l'élément passif, la caduque l'élément actif.*

4) *Il n'y avait pas de caduque réflexe dans le cas actuel.* Les faits communiqués par Winckel et Frommel (1) ne sont pas concluants. Le plus grand nombre des auteurs n'ont pas trouvé de réflexe tubaire.

5) La déchéance de l'épithélium tubaire, son passage d'épithélium cylindrique à un épithélium polygonal, cubique, presque pavimenteux, constitue, comme on le sait, un caractère important de la grossesse, aussi bien dans la gestation extra-utérine qu'intra-utérine.

6) Les vaisseaux tubaires (*vaisseaux tubo-placentaires*) s'ouvraient librement, dans le cas actuel, dans les espaces intervilleux. Comme il n'a pas été trouvé de caduque réflexe, ce placenta représenterait un 3e type de placenta des mammifères. R. L.

De l'anatomie de la grossesse tubaire ; considérations sur le développement du placenta humain. (Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta), K. Abel. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 3, p. 393.

L'auteur a utilisé pour cette étude, des pièces pathologiques pro-

(1) *Lehrb. der Geburtsh.* Leipzig, 1889, p. 263.

venant de 2 grossesses ectopiques qui évoluèrent d'une façon bien différente.

Obs. 1. — X..., 21 ans, est prise, après une suppression des règles de 2 mois, de douleurs dans le ventre, qui durent quelques heures, puis cessent. Revenant à Berlin d'un voyage en Suisse, elle ressentit au sortir du vagon un choc violent dans le ventre et éprouva du ténesme, phénomènes qui furent immédiatement suivis de décoloration de la face, d'agitation, d'anxiété, de vertige et de perte de connaissance. On la transporta à son domicile, située à 1/4 d'heure de la gare, et au 3e étage. Elle se coucha, mais la faiblesse alla en augmentant et elle mourut peu après. A l'autopsie, faite 12 heures après la mort, on constata que la trompe droite était le siège d'un sac fœtal, situé près de l'angle de l'utérus, et présentant une déchirure de 1,8 cent. de long sur 0,7 cent. de large, de laquelle s'échappait un caillot sanguin et une masse lobée, légèrement jaune, le placenta. Le caillot et le placenta écartés, on apercevait distinctement l'œuf avec ses membranes intactes, et à travers celles-ci un embryon. *A l'ouverture du ventre, il s'était écoulé 4-5 litres de sang liquide, et il n'y avait que quelques caillots dans l'espace de Douglas.*

Diagnostic. — Après la rupture du sac, ce ne peut être qu'un diagnostic de probabilité, que l'on fonde sur les symptômes et sur l'anamnèse plus que sur les signes objectifs. Car il est impossible, quand l'hémorrhagie est assez abondante, de faire une exploration suffisante. Le ventre surdistendu s'y oppose.

Il convient aussi de noter que, malgré l'abondance (4-5 litres dans le cas actuel) de l'hémorrhagie, le sang échappe à la palpation, pour les mêmes raisons que le liquide ascitique. Il n'en est pas de même quand le sang est coagulé. Mais, dans le cas actuel, il n'y avait que quelques caillots dans l'espace de Douglas (1). D'ailleurs, il faut bien se garder d'escompter sur cette coagulation, qui se fait assez rarement, mais qui peut être tardive, tandis que les grands dangers menacent le sujet pendant les 24 heures qui suivent la rupture du kyste fœtal.

Obs. 2. — X..., 28 ans, après 14 jours de maladie, fut prise de phénomènes si graves de collapsus, que l'entourage considèra la mort comme prochaine. La menstruation, supprimée depuis 2 mois,

(1) Voir *Annal. de gyn. et d'obst.*, janvier 1892, p. 57.

s'était montrée quelques heures le jour même de la perte de connaissance. Des renseignements et de l'aspect ictérique de la femme, on songea à une hémorrhagie interne, au cours d'une grossesse extra-utérine, dont le sac s'était rompu 14 jours auparavant, mais s'était ensuite refermé. Le ventre était distendu et sensible à la pression. La malade fut transportée à l'hôpital, où elle se remit d'abord, puis déclina de nouveau : tympanisme abdominal, pouls filiforme, vomissements ; en résumé, signes d'une nouvelle hémorrhagie interne. Diagnostic de grossesse extra-utérine, confirmé peu après l'apparition des symptômes précédents par l'*expulsion en masse d'une caduque.*

A cause de l'état de faiblesse extrême où se trouvait la femme, on dut renoncer à faire la laparotomie et se borner à administrer les stimulants ordinaires. Guérison. Quelques jours après ces accidents formidables, on sentait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, tumeur qui alla toujours en diminuant, jusqu'à se réduire à une faible tuméfaction dans le cul-de-sac de Douglas.

Ce cas démontre que même dans les cas les plus graves la guérison, sans opération, est encore possible par l'enkystement du point déchiré et la barrière formée par le sang coagulé (1). Il prouve également, ainsi que d'autres faits de même ordre, qu'il serait injuste de reprocher à un médecin de n'avoir pas fait la laparotomie après rupture de la trompe, surtout si ce médecin se trouve dans l'impossibilité d'entourer l'intervention d'une antisepsie rigoureuse. Il en est tout autrement, quand la grossesse extra-utérine est reconnue avant la rupture du sac fœtal. Dans ce cas, c'est une obligation de prévenir les dangers énormes liés à la rupture du sac, en l'extirpant.

Conclusions. — Dans la grossesse tubaire, âgée de 4 à 5 semaines, on a relevé les particularités suivantes : 1) l'endometrium est au début du processus de sa transformation en caduque.

2) L'épithélium de la caduque utérine, au milieu du deuxième mois, est encore conservé, bien que fortement altéré dans sa forme.

3) Les vaisseaux situés dans les couches superficielles de la caduque utérine sont très vraisemblablement des artères et des veines. Il n'existe pas de ramifications vasculaires, capillaires.

4) La trompe et l'ovaire du côté opposé au kyste fœtal ne sont

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1892, p. 60.

pas modifiés, à condition pourtant qu'il n'y ait pas eu migration de l'œuf. L'ovaire, qui renferme le corps jaune de la grossesse, est augmenté de volume.

5) Comme cause de la grossesse extra-utérine, en l'absence de tout processus pathologique, on peut admettre soit la formation d'un diverticule entre les replis tubaires, soit la torsion accusée de la trompe. (A. Freund (1) a démontré sur de nombreuses préparations, qu'au cours du développement, la trompe subit une torsion, en tire-bouchon, sur elle-même; spires qui, généralement, s'effacent plus tard. Mais un certain nombre peuvent persister qui sont de nature à gêner la progression de l'œuf.)

6) La portion tubaire, extérieure à l'œuf, ne subit en général aucune modification.

7) Dans le voisinage du sac fœtal, la muqueuse tubaire se transforme en caduque vraie; elle est surtout développée au point de réunion du chorion frondosum et de la caduque, placenta futur. Dans les autres points, particulièrement dans ceux où la pression est maxima, on peut à la vérité reconnaître encore la caduque en tant que sérotine, tandis que le reste de la paroi en paraît dépourvu (*atrophie mécanique*). L'épithélium superficiel de la caduque sérotine a disparu et est remplacé par l'endothélium des vaisseaux capillaires s'ouvrant librement. L'épithélium normal de la muqueuse tubaire peut encore persister dans la profondeur des replis de la trompe.

8) Dans la majorité des cas, il n'y a pas formation de caduque tubaire réflexe. Lorsqu'il s'en forme une, elle se distingue essentiellement de la réflexe utérine par l'absence de vaisseaux.

9) L'union des villosités choriales avec la caduque tubaire est dans les premiers temps de la grossesse très faible. Cependant, en certains points, la fusion est complète (villosités adhérentes. Haftzotten). L'auteur n'admet pas la pénétration des villosités dans la couche musculaire.

10) L'épithélium des villosités choriales est triple. Sur une double couche épithéliale d'origine fœtale, on distingue avec un fort grossissement, une couche fine, constituée par l'endothélium vasculaire maternel.

---

(1) Freund. Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. *Volkmann's Samml. klin. Vorträg.*, n° 323.

11) Les espaces intervilleux sont formés par les vaisseaux capillaires maternels, fortement développés. Les villosités choriales ne traversent pas leurs parois.

R. L.

Variétés et causes de la grossesse extra-utérine (Varieties and causes of extra-uterine Pregnancy), par ZINKE, de Cincinnati. *Amer. J. of Obst.*, 1890, février, p. 128.

Zinke donne la classification suivante :

I. Ovarique....	1. Intra-ovarique.
	2. Extra-ovarique.
	3. Ovaro-abdominale.
	4. Ovaro-tubaire.
II. Tubaire.....	5. Tubaire vraie.
	6. Tubo-abdominale.
	7. Tubo-ovarique.
	8. Tubo-ovaro-abdomimale.
	9. Sous-péritonéo-pelvienne.
III. Interstitielle.	10. Interstitielle vraie.
	11. Utéro-abdominale.
	12. Utéro-tubaire.
	13. Utéro-tubo-abdominale.
IV. Abdominale..	14. Hématocèle extra-péritonéale.
	15. Hématocèle intra-péritonéale.

Les causes citées par les auteurs sont :

1. *Choc* et *frayeur* au moment de la fécondation.
2. *Coup* reçu peu après le coït fécondant.
3. *Malformation* de la trompe, *paralysie*, *spasme* de ce conduit ; *longueur* ou *brièveté* excessive ; *engorgement*, *gonflement*, *ulcération* de ses parois ; *induration*, *rétraction* des franges.
4. *Fausses routes* conduisant de la trompe dans l'ovaire.
5. *Inflammations* pelviennes.
6. *Salpingite desquamative.* (Virchow et Tait). A. C.

Leçon clinique sur la grossesse extra-utérine (Clinical lecture on extra-uterine gestation), par W. DUNCAN. *Lancet.* Lond., 1890, I, 449.

Trois observations de grossesses extra-utérines, dont deux gros-

sesses tubaires, suivies de laparotomie. La première de ces malades, opérée *in extremis*, mourut quelques heures après l'opération; les deux autres guérirent.

Ces trois cas servent de thème à une intéressante leçon ; dont nous détachons les points saillants.

L'auteur pense que les grossesses tubaires sont presque invariablement destinées à se rompre avant la 12e semaine. Aussi, si la nature de la tumeur est reconnue dès le début, faut-il l'opérer le plus tôt possible.

Quand le fœtus vit et s'accroit, si le moment de la viabilité approche, il faut temporiser pour tâcher de sauver à la fois, mère et enfant. Mais si la grossesse n'a pas dépassé le 4e ou le 5e mois, on ne peut faire affronter à la mère les hasards d'une aussi longue attente ; il faut opérer.

L'incision sur la ligne blanche est généralement adoptée ; mais quand la tumeur est volumineuse et a pu soulever et décoller le péritoine, incluse qu'elle est dans le ligament large, l'auteur pense, avec Lawson Tait, qu'il y a avantage à inciser directement sur le point le plus saillant de la tumeur, on peut ainsi éviter de pénétrer dans la cavité péritonéale.

L'extraction immédiate du placenta est une source de graves hémorrhagies et laisse une large porte ouverte à l'infection. Cette dernière sera combattue par des lavages antiseptiques. Mais la peur de l'hémorrhagie ne doit cependant pas faire imiter la conduite de certains opérateurs qui attendent pour intervenir que le fœtus soit mort depuis un certain temps.

Mieux vaut, comme le recommande Lawson Tait, après avoir lié le cordon le plus près possible du placenta et enlevé de l'intérieur du kyste tous les liquides qu'il pouvait contenir, réunir très exactement les lèvres de l'incision de la poche et renfermer le placenta dans son intérieur.

L'incision abdominale sera presque toujours préférée à l'incision vaginale, même lorsque le kyste fœtal se trouve dans le cul-de sac de Douglas.

J. FAURE.

Diagnostic de la grossesse tubaire (Zur diagnose der Tubengraviditas). KELER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIX, Hft. I et *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 853.

Le diagnostic de la grossesse tubaire peut être sûrement établi, grâce à la mise en évidence par l'examen microscopique de villosités choriales, ou de leurs produits de transformation. Mais la non constatation de ces éléments sur des coupes faites suivant le plus grand méridien du sac tubaire, n'infirme pas ce diagnostic, parce qu'ils peuvent exister sur d'autres points. L'épithélium des villosités est détaché partiellement ou en totalité par l'hémorrhagie. L'épithélium encore adhérent, se trouble, se gonfle et se désagrège; le noyau peut soit résister longtemps ou mourir à son tour, et la couche épithéliale se trouve transformée en une couche homogène striée. La substance fondamentale des villosités est tantôt granuleuse, tantôt striée, et les cellules du stroma perdent leur aptitude à la coloration, c'est-à-dire, meurent. Mais il n'est pas possible de constater une succession spéciale de ces phénomènes de dégénération. Les vaisseaux sanguins des villosités ne fournissent aucun signe diagnostique. En effet, les lacunes que présentent les caillots fibrineux, formés du sang épanché, donnent lieu aux mêmes formes histologiques. On n'est pas en droit, parce qu'on n'aura trouvé dans un hématome tubaire, ni villosités choriales, ni cellules déciduales, d'exclure en tant que cause possible de sa production, une grossesse tubaire, car ces éléments peuvent avoir simplement disparu avec le temps.

Dans ce même travail, Keller donnait la description microscopique de 3 préparations provenant de grossesses tubaires aux premiers mois. A propos de ces données anatomiques, Klein, dont les recherches sont plus récentes, fait les remarques qui suivent : Les résultats de mes recherches concordent, sur beaucoup de points, avec les siens. Ainsi Keller signale aussi que « *l'épithélium de la caduque était d'ordre inférieur, cubique ou presque plat.* » Egalement il a constaté l'union intime de la caduque et des villosités. «... *Nous avons trouvé les cellules déciduales tantôt réunies en amas apposés aux villosités choriales, tantôt les entourant à la manière d'un anneau* ». Dans cette disposition importante réside précisément la condition étiologique des « infarctus » ou plutôt des « noyaux nécrotiques », qu'on rencontre si fréquemment dans les placentas utérins. Keller donne une description très exacte de l'aspect de ces noyaux, mais il les considère comme constitués par un dépôt de « fibrine » sur les villosités, et envisage au fond le processus comme une « nécrose anémique ». Des recherches

de Steffeck sur les placentas utérins, et des mémoires sur des trom pes gravides, il ressort que cette explication de la nature du processus « nécrose anémique » est parfaitement justifiée.

Par contre, on ne peut admettre qu'il s'agit de dépôts de fibrine. En réalité, ces noyaux sont, la plupart du temps, sinon toujours constitués par la caduque nécrosée et les villosités nécrosées également qu'elle englobe. Plus loin, Keller signale « *des vaisseaux nombreux dans la musculeuse et dans la muqueuse* ».

Un autre point sur lequel Klein est tout à fait en désaccord avec Keller, c'est sur l'existence admise par celui-ci, se fondant sur une pièce dont il a donné le dessin dans son travail, d'une caduque tubaire. Pour Klein, ce que Keller prend pour une caduque, ne serait que deux replis tubaires, étalés, par l'œuf inséré dès le principe dans leur diverticule.

R. L.

Du diagnostic de la grossesse extra-utérine précoce (The diagnosis of early extra-uterine gestation, with illustrative cases). H. Croom. *Edinb. Med. J.*, octobre 1891, p. 314.

D'une manière générale, on s'accorde à reconnaître les difficultés dont est entouré le diagnostic de la grossesse ectopique au début. Il est néanmoins curieux de constater les divergences qui existent encore à ce sujet. Suivant L. Tait., il serait impossible de faire le diagnostic avant la rupture du sac fœtal. Au contraire, Aveling déclare qu'« *elle a des symptômes si tranchés, si caractéristiques que son diagnostic est plus facile que celui de la grossesse normale dnrant les premiers mois* ». Barnes soutient que le diagnostic de la grossesse tubaire peut être fait facilement de la 7e à la 8e semaine. Se fondant sur les notions généralement acceptées, l'auteur résume de la manière suivante les éléments classiques de ce diagnostic :

« a) Symptômes généraux et réflexes de la grossesse, surtout quand la grossesse survient après une longue période de stérilité; b) troubles menstruels, en particulier, métrorrhagies coexistant avec des symptômes de grossesse ; écoulements brusques de sang s'accompagnant de vives douleurs pelviennes; c) fortes douleurs dans le bassin; crises pelviennes douloureuses, suivies d'une sensibilité pathologique localisée dans l'une ou l'autre des régions iliaques, et autres symptômes d'inflammation pelvienne; d) existence

d'une tumeur ; cette tumeur présentant les caractères d'un kyste rénitent, sensible au toucher, à battements pulsatiles actifs ; développement constant, régulier de la tumeur ; e) orifice externe béant, utérus déplacé et libre ; f) douleurs paroxystiques, violentes, de nature spasmodique, dans le bassin, avec des symptômes généraux de collapsus ; g) expulsion partielle ou totale de la caduque.

Obs. 1. — .....32 ans, avait eu 2 enfants, le dernier âgé de 6 ans. Après une suppression de règles, et à l'époque présumée de la seconde période menstruelle, la femme fut prise de vives douleurs pelviennes, localisées au côté droit, accompagnées d'un léger écoulement de sang par l'utérus, écoulement qui s'était produit à plusieurs reprises pendant les deux mois précédents. Le lendemain, symptômes nets d'hémorrhagie interne et de collapsus ; abdomen distendu et manifestement rempli de sang. Au toucher vaginal, utérus mou et augmenté de volume ; empâtement léger, bien qu'appréciable, du cul-de-sac droit, grossesse tubaire rompue ou hématocèle ? L'auteur diagnostiqua une grossesse ectopique (suppression menstruelle, intervalle de stérilité, symptômes brusques et aigus de collapsus, utérus mou, gros), et fit la laparotomie. L'abdomen était rempli de sang frais et d'énormes caillots. Après une toilette partielle, les annexes utérines furent minutieusement examinées et enlevées. Il fut impossible de découvrir un sac fœtal, et de mettre en évidence le foyer de l'hémorrhagie. Après la fermeture du ventre, l'hémorrhagie continua et tua la femme. Dans ce cas, les symptômes dominants étaient tels qu'à l'occasion l'auteur malgré la non confirmation après l'ouverture du ventre du diagnostic fait, inclinerait à faire le même diagnostic.

Obs. 2. — ..... X, a eu un enfant 4 années auparavant. Elle a des hémorrhagies irrégulières, qui se sont montrées six semaines environ avant une suppression de règles pendant deux mois. Elle accuse des douleurs constantes dans le côté droit du ventre, douleurs de nature nerveuse. Par la palpation abdominale, on reconnaît dans cette région une tuméfaction rénitente et douloureuse. A l'auscultation, on perçoit sur toute la surface un bruit bien marqué. Par l'examen vaginal, on constate que l'utérus est refoulé en haut, à gauche et en arrière, qu'il est augmenté de volume et que l'orifice externe est béant. A l'examen bimanuel la masse paraît avoir le volume d'une noix et l'utérus augmenté de volume.

Pendant la semaine qui suit ce premier examen, la tumeur

semble augmenter de volume, et les pulsations dont elle est le siège sont non seulement senties par le vagin, mais elles sont visibles et constatables à travers la paroi abdominale. D'autre part, le bruit de souffle, auquel on attache une si grande importance, perçu à l'auscultation est plus fort. La femme a eu des hémorrhagies irrégulières, mais rien ne permet d'affirmer qu'il y ait eu expulsion de débris déciduaux. Diagnostic : grossesse extra-utérine de la 12e à la 15e semaine. Laparotomie : Le ventre ouvert, on tombe sur une masse sombre, volumineuse, située dans le côté droit du bassin. Les adhérences détruites, et la masse libérée après de pénibles efforts, le chirurgien l'attire au dehors, mais elle se rompt laissant échapper une grande quantité de sang dans l'abdomen. On ligature le pédicule, on sectionne, et l'on enlève la tumeur, qui est examinée très soigneusement au « College of Physician's laboratory ». Or, on ne constata pas la moindre trace de grossesse ; la tumeur était constituée par une distension considérable de la trompe par du sang, il s'agissait d'un hématomé.

Et cependant, sauf l'expulsion de débris déciduaux, on avait constaté tous les autres symptômes attribués généralement à la grossesse extra-utérine.

L'auteur se demande s'il s'agit d'une grossesse dont l'œuf a été résorbé; mais il n'y avait, dans cet hématome tubaire, vestiges ni de chorion, ni de caduque. Ce point du reste, Croom ne veut pas le discuter autrement, se bornant à constater que les signes physiques ordinaires de la grossesse manquaient totalement dans cette tumeur.

Obs. 3. — Dans cette observation, il y avait eu, indépendamment des symptômes précédents (suppression des règles, existence dans l'une des régions iliaques d'une tumeur élastique, pulsatile, à développement continu ; ramollissement du col de l'utérus, augmentation de volume et déplacement de la matrice, crises paroxystiques douloureuses, pertes de sang irrégulières...), expulsion d'un cylindre décidual, complet. Le diagnostic de grossesse ectopique fut confirmé après laparotomie. L'examen de la tumeur permit de constater qu'il s'agissait d'une grossesse arrivée environ à la 8e semaine. Guérison parfaite.

Obs. 4. — Cas analogue au précédent.

De l'analyse des faits l'auteur conclut : que le diagnostic de la grossesse ectopique est le plus souvent entouré de difficultés con-

sidérables (les 2 premières observations le démontrent) ; que cependant, contrairement à l'affirmation absolue de L. Tait, on peut, en certains cas, établir ce diagnostic avant la rupture du kyste fœtal. Mais, pour cela, il importe d'être appelé de bonne heure et de suivre très attentivement l'évolution des symptômes. D'une manière générale ce diagnostic repose sur la constatation des phénomènes suivants :

1° Signes généraux de la grossesse, — par exemple, suppression des règles.

2° Déplacement de l'utérus par une tumeur se développant d'une manière continue.

3° Expulsion partielle ou totale de la caduque, et hémorrhagies irrégulières.

4° Apparition d'accès douloureux, paroxystiques, siégeant dans un côté du bassin, bien que non localisés sur un seul point.

Toutes ces conditions doivent être réunies, mais les cas précédents démontrent que le fait capital, c'est l'expulsion de la caduque.

R. L.

Un cas de grossesse extra-utérine du côté gauche. Laparotomie 14 jours après la mort du fœtus à terme ; extirpation du sac fœtal aussi complète que possible ; guérison. (Ein Fall von linkseitiger Extrauterin schwangerschaft. Bauchschnitt 14 Tage nach Absterben der reifen Frucht ; Exstirpation des Fruchtsackes so weit möglich ; Genesung.) TH. VOLGT. *Cent. f. gyn.*, 1891, n° 6, p. 121.

X..., 37 ans, a eu 3 accouchements normaux, le dernier 13 années auparavant. Dernières règles le 13 octobre 1888. Depuis la mi-novembre, douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, région où, peu après, la femme sentit comme une nodosité. Douleurs, par moments si fortes, que la marche et la station verticale étaient impossibles ; vomissements, anorexie, diarrhée, repos au lit. Fin janvier, on diagnostiqua à l'hôpital : grossesse et tumeur ovarique. Commencement de mars, perception des mouvements fœtaux.

Jusqu'en avril, et aux dates des règles, écoulements sanguins peu abondants.

En mai, relèvement de l'état général suffisant pour que la femme recommence à aller et venir. Au commencement de juin, nouvelle atteinte dans l'état général, aggravation des douleurs. Dans la première moitié du mois de juillet, ainsi vers le terme nor-

mal de la grossesse, expulsion d'une masse sanguine épaisse (caduque ?). Entrée à l'hôpital, le 3 août 1889; depuis 14 jours environ le médecin traitant avait constaté la mort du fœtus (cessation des mouvements fœtaux, et disparition des doubles battements). Résultats fournis par l'examen au moment de l'entrée à l'hôpital : T. 37°,5. L'utérus refoulé à droite, a le volume du poing d'un adulte, et dépasse la symphyse de 2-3 doigts. A gauche, accolée à lui une tumeur volumineuse, sphérique, unie, qui en haut atteint presque à l'ombilic, en bas, emplit complètement la moitié gauche du petit bassin. Tête fœtale, à gauche, nettement palpable, et paraissant comme placée immédiatement sous la paroi abdominale. *Diagnostic :* grossesse extra-utérine du côté gauche.

Laparotomie. Le ventre ouvert, voici ce que l'on constate : Le corps de l'utérus est déjeté obliquement à droite, il dépasse la symphyse de 2-3 travers de doigt. Il est recouvert par le péritoine sur sa face antérieure, son fond, et *sur la plus grande partie de sa face postérieure.* La dépression vésico-utérine, par la raison que l'utérus est soulevé hors du petit bassin, est plus aplatie qu'à l'état normal. Le sac fœtal est directement accolé au côté gauche de la matrice. Les deux ligaments larges déplissés, passent de l'utérus sur le sac fœtal. Celui-ci s'élève, sous forme de tumeur rénitente, presque jusqu'à l'ombilic. A gauche, il est immédiatement accolé à la paroi abdominale, à droite, il laisse entre elle et lui un petit espace. Pas d'adhérences. L'S iliaque et la portion inférieure du côlon descendant, sont déviés de leur situation normale de telle manière que le côlon se dirige à droite, suivant le bord supérieur du sac fœtal et de là s'infléchit en bas, tandis que l'S iliaque se trouve dans le petit bassin à droite de la tumeur. Cette portion de l'intestin s'adosse à la tumeur, que recouvrent les feuillets déplissés de son mésentère. A gauche, sur la portion inférieure de la tumeur, cheminent des branches veineuses, très gorgées de sang. A droite, on découvre les annexes qui sont normales.

A gauche, nul vestige de la trompe et de l'ovaire.

L'extirpation du sac fœtal, qui ne put être que partielle, fut très laborieuse et se compliqua d'hémorrhagies multiples. Le placenta s'insérait largement sur la surface antéro-inférieure du sac, dont il paraissait former la paroi pour la plus grande part. Le fœtus mort ne présentait pas de traces de putréfaction. La portion, de beaucoup la plus petite du sac fœtal, qui n'avait pu être enle-

vée, fut suturée à la cavité abdominale, et la cavité, du volume d'un œuf d'oie, qu'elle formait fut bourrée de gaze iodoformée.

L'opérée qui, au cours de l'opération et dans les heures qui suivirent, avait présenté des phénomènes de collapsus, put quitter l'hôpital, considérée comme guérie, le 13 septembre, c'est-à-dire un mois et 9 jours après avoir été opérée; elle avait eu son retour de couches le 10 septembre.

En terminant, l'auteur fait les remarques suivantes : 14 jours après la mort d'un fœtus à terme, on a pu, avec succès, procéder à l'extirpation presque totale du sac fœtal. L'extirpation complète était impossible parce que, d'une part, la tumeur reposait largement dans le tissu cellulaire pelvien, et que, d'autre part, circonstance capitale, dans les tentatives faites pour l'énucléer de son revêtement séreux, on mit en danger la vitalité de l'intestin, en le privant, par suite de déchirures séreuses inévitables, d'un certain nombre de ses vaisseaux nourriciers. On dut ainsi se contenter de l'ablation de la portion proéminente de la paroi du sac et de l'extirpation de la portion inférieure placentaire, intervention toujours grave, et qui paraît seulement justifiée par l'état d'asepticité parfaite du sac fœtal et de son contenu. R. L.

Deux cas de grossesse extra-utérine. Opération le fœtus mort. (Zwei Fälle von Extrauterinsschwangerschaft. Operation bei todter Frucht), W. Matlakowski. *Arch. f. gyn.* Bd XXXVIII, Hft. 3, p. 367.

Obs. I. — Grossesse tubaire gauche chez une femme de 40 ans, ayant eu 5 accouchements à terme, le dernier 1 an 1/2 auparavant, et restée mal portante, un certain temps, après ce dernier accouchement. Laparotomie. Extirpation partielle du sac fœtal; mort par occlusion intestinale. L'auteur fait suivre la description, très minutieuse, des symptômes observés pendant la vie aussi bien que des particularités anatomiques relevées sur les parties de la tumeur enlevées pendant l'opération et sur celles enlevées après nécropsie, des considérations suivantes, qui nous paraissent résumer les points les plus intéressants de l'observation : 1) *diagnostic*. Deux symptômes se sont manifestés auxquels on n'a pas accordé assez d'attention : a) la sécrétion lactée; b) l'augmentation et le ramollissement de la matrice. Aussi, les douleurs violentes et l'hémorrhagie utérine, indices d'un début de travail.

De même, la diminution ultérieure du ventre, sur laquelle la malade attirait très nettement l'attention devait, en même temps que d'autres symptômes, faire incliner vers le diagnostic de grossesse extra-utérine, bien que ce symptôme n'ait pas toute l'importance diagnostique que lui attribue Parry.

Beaucoup de sujets, en effet, atteints d'affections abdominales diverses n'accusent que trop souvent une semblable diminution du volume du ventre. Les difficultés du diagnostic dans tous les cas de grossesse extra-utérine étaient dans celui-ci augmentées parce que, depuis la mort du fœtus jusqu'à l'opération, il s'était écoulé 4 mois, et que durant cet intervalle, les signes caractéristiques de la grossesse s'étaient atténués, qu'ils avaient même disparu, et qu'il n'y avait dans l'abdomen qu'une tumeur rétractée, qui ne manifestait son origine par aucun signe nettement appréciable.

2) Il est vraisemblable, en tenant compte de la suppression des règles, que la conception eut lieu en octobre ; que les fortes douleurs survenues vers la fin juin étaient des douleurs du travail ; et que le fœtus succomba pendant le travail ou peu après. Il est certain qu'il avait cessé de vivre avant le mois de juillet. L'opération, pratiquée le 20 octobre, fut donc faite quatre mois après la mort du fœtus.

3) *Phénomènes cliniques : a)* la femme n'avait pas eu de symptômes subjectifs de grossesse ; *b)* après une suppression menstruelle de 2 mois, la menstruation se fit régulièrement durant 3 mois, et fut remplacée les 2 mois suivants par une hémorrhagie qui dura 18 jours ; *c)* déjà durant le second mois, il y eut des symptômes de péritonite ; *d)* 4 mois après la mort du fœtus, on constata formellement que le sein gauche sécrétait du lait ; quant au sein droit, déjà dans des grossesses antérieures, il n'en n'avait pas fourni ; *e)* relativement à la caduque, nulle donnée ; seulement, à l'autopsie on trouva la muqueuse utérine ramollie et fortement congestionnée ; *f)* la matrice était légèrement augmentée de volume.

Dans ce cas, pas de rupture du kyste fœtal, pas traces de déchirure vasculaires, pas d'extravasation, pas de décoloration. D'après L. Tait, toute grossesse tubaire doit aboutir à la rupture de la trompe avant la pénétration du produit de conception entre les feuillets du ligament large, proposition en désaccord avec le cas

actuel, ainsi que le démontra l'examen attentif des rapports du sac fœtal.

Obs II. — Grossesse tubaire intra-ligamenteuse droite. Laparotomie. Extirpation de tout le sac. Incision de l'uretère. Néphrectomie droite ; guérison.

X..., 36 ans, première grossesse 16 années auparavant. Mariée il y a 12 ans, se sépare de son mari après 5 ans d'une union restée stérile. Elle se remarie. Menstruée jadis régulièrement, il y a 11 mois 1/2, elle a tous les 7-10 jours de légères pertes de sang ; elle pense qu'elle est enceinte. A 5 mois de cette grossesse présumée, les pertes de sang s'arrêtent, et ne reparaissent plus durant 3-4 mois. Elles reparaissent alors, et, au dire de la malade, il aurait été expulsé à cette époque, quelque chose qu'elle compare à un morceau de foie ; cessation des hémorrhagies. Durant le 1er mois de la grossesse présumée, vomissements, douleurs légères, pas de fièvre. Il y a 12-14 semaines, pour la 1re fois, douleurs fortes, qui durent quelques semaines, et simultanément, des vomissements après chaque repas. Puis les vomissements s'arrêtent, et il ne reste qu'une sensibilité légère dans le flanc gauche et dans la moitié gauche de la région épigastrique. Les mouvements fœtaux et les doubles battement ont été formellement constatés, d'où le diagnostic de grossesse extra-utérine, à cause de la durée anormale de la gestation. Toutefois, *la femme n'a remarqué aucune diminution du volume du ventre*. Résultats de l'examen au moment de l'entrée à l'hôpital : aspect souffrant. Ligne blanche légèrement brune, glandes mammaires flasques et pendantes ; par la pression, on fait sourdre quelques gouttes de lait. Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 90 cent. ; distance de la symphyse à l'ombilic, 12 cent. ; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 17 cent. 1/2 ; ventre, au niveau de l'ombilic très proéminent, ombilic aplati ; la moitié latérale droite du ventre au-dessus du ligament de Poupart est très proéminente, plus aplatie par contre dans l'hypochondre droit ; à gauche, c'est l'inverse qui a lieu. La paroi abdominale est très distendue au niveau de la tumeur, qui est lisse et non douloureuse au toucher. Il n'est que deux points douloureux, l'un au-dessus de la symphyse, l'autre au niveau de l'épigastre. La tumeur paraît uniformément tendue, elle est le siège d'une fluctuatiou vague, et semble plus dure, plus résistante le long du muscle droit, au-dessus de l'ombilic, que dans les autres points ; à droite de la ligne

blanche, dans la région abdominale située au-dessous de l'ombilic, crépitation légère. Tumeur fixée, sauf dans la région inférieure qui est légèrement mobilisable. Matité sur toute la surface de la tumeur; au-dessus de l'E. I. S. D., de la crête iliaque droite, dans la région lombaire, le long des dernières côtes droites, au niveau de l'épigastre, et le long des dernières côtes gauches, sonorité; dans la région lombaire gauche, submatité. A l'auscultation, pas de souffle au niveau de la tumeur. Organes génitaux externes normaux, muqueuse vagino-vulvaire normalement colorée; utérus assez bas; portion vaginale courte et petite; orifice externe en ectropion, dur, très petit, n'admettant pas la pulpe du doigt. Déchirures latérales, suites du 1er accouchement. Direction générale de l'utérus, à droite et en avant, fond de l'organe bien appréciable à travers le cul-de-sac antérieur, et peu mobile. Par le cul-de-sac droit et à travers la paroi abdominale, constatation facile d'une tumeur dure et élastique. Culs-de-sac postérieur et latéral gauche souples. La tumeur, sans rapports directs, intimes avec le vagin, est en connexion avec les annexes utérines droites. Située en grande partie au-dessus du détroit supérieur, elle descend dans le petit bassin; espace de Douglas libre. Cœur, poumons normaux, intestins paresseux. Urines légèrement albumineuses.

Laparotomie. — Elle fut assez laborieuse, en raison surtout d'une union intime que la tumeur avait contractée avec la corne de l'utérus. Comme elle présentait quelques traces de putréfaction, il fallut l'extirper en totalité. Sur la face antérieure du sac fœtal, existait un cordon qui, émanant de l'angle supérieur droit de la matrice, se dirigeait en haut et à droite et se perdait dans la tumeur. La partie la plus difficile de l'intervention consista dans la recherche et dans la ligature des points saignants sur l'épiploon, le mésentère, l'intestin, dans la fosse iliaque et autour de l'utérus. Entre temps, une méprise donna lieu à un accident, qui fut par la suite l'origine de complications sérieuses. Le chirurgien ayant aperçu une sorte de cordon, cheminant de haut en bas et d'arrière en avant, dans la fosse iliaque, le saisit et le sectionna entre deux pinces, c'était l'uretère. Il fallut, plus tard, après des tentatives opératoires qui échouèrent, pratiquer la néphrectomie. L'opérée néanmoins guérit parfaitement. Opérée le 4 juin, elle put quitter l'hôpital, en parfaite santé, le 21 août. Le fœtus, extrait du sac à terme et bien développé, pesait 2,755 grammes.

Réflexions. — 1) La 1re grossesse remontait à 16 ans. Plus tard, la femme s'était mariée et était restée 5 ans stérile. Divorcée, puis remariée, elle avait eu une seconde grossesse, mais extra-utérine. Il y avait donc eu une longue période de stérilité, circonstance qui a été relevée depuis longtemps et de nouveau mise en relief par Parry. L. Tait insiste beaucoup sur cette particularité à laquelle il accorde une haute valeur diagnostique. Peut-être une grossesse extra-utérine terminée heureusement crée-t-elle une prédisposition à une nouvelle grossesse ectopique ? Jusqu'ici, on ne connaît qu'un fait de cette nature (L. Tait). Dans ce cas, la trompe droite, et simultanément un œuf de trois mois, avait été enlevée après rupture, la femme guérit. 18 mois après la 1re opération, la femme mit au monde un enfant à terme. Mais, 15 mois après, devenue de nouveau enceinte, elle succomba au 4e mois de la grossesse, avant qu'elle put avoir aucun secours médical. A l'autopsie, on releva comme cause de la mort la rupture d'un kyste fœtal, développé dans la trompe gauche.

2) La malade avait, dès le début de la grossesse, pensé qu'elle était enceinte mais, sauf les quelques pertes de sang irrégulières, rien, durant les 4 premiers mois, n'indiquait une grossesse extra-utérine. Dans la plupart des cas, il est impossible de faire un diagnostic assuré, ferme. C'est aussi l'opinion très formelle de L. Tait. « *Fort de mon expérience*, dit cet auteur, *je me crois autorisé à montrer quelque scepticisme en ce qui concerne la rectitude du diagnostic de ces gens, qui parlent avec une si grande facilité de la possibilité de faire le diagnostic exact de la grossesse extra-utérine avant la rupture du kyste fœtal, et d'obtenir la guérison au moyen de la ponction et par l'emploi de l'électrolyse.* »

3) La grossesse est arrivée à terme, sans aucun phénomène subjectif.

4) A la fin du neuvième mois de la grossesse, se sont manifestés des phénomènes sérieux (douleurs, vomissements), et, à cette époque, il est très probable que l'utérus expulsa, en même temps que du sang, une caduque.

5) L'expression par les seins d'une certaine quantité de lait, constitue un signe diagnostique important de la grossesse, surtout dans la dernière période de la gestation, et même après la mort du fœtus. Chez un nombre considérable de malades (200) atteintes de tumeurs abdominales, l'auteur n'a *jamais* constaté la sécrétion

lactée. Elle existait, au contraire, dans 3 cas de grossesse extra-utérine, ainsi que dans une observation intéressante, rapportée par Sweigbaum, où l'on avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine, tandis qu'il s'agissait d'une grossesse utérine compliquée d'un gros fibrome de la matrice.

Traitement de la grossesse ectopique. — Après un parallèle rapide des opinions et de la technique de L. Tait et de Werth, l'auteur résume de la manière suivante, sa manière de voir : A l'heure actuelle, il est impossible de formuler des règles absolues pour le traitement de la grossesse extra-utérine. Les statistiques, sur ce point, perdent de leur valeur. Il importe par-dessus tout, d'étudier très exactement les conditions anatomiques dans chaque cas particulier, pour en déduire le procédé opératoire le plus approprié. Le plus simple, le plus facile, le plus rapide consiste dans l'incision de la paroi abdominale et du sac fœtal, dans l'attraction au dehors du fœtus et du sac, ou dans le drainage lorsque, ce qui est fréquent, le sac adhère à la paroi abdominale. Quand le sac fœtal ne présente aucune adhérence, on le suture. On peut encore, à l'exemple de Martin, extirper la plus grosse portion du sac, et suturer le bord de la portion qu'on laisse aux lèvres de la plaie abdominale. Il est entendu, *que l'opération n'est de mise* (abstraction des cas de rupture et d'hémorrhagie) *que si le fœtus est mort.* On doit s'efforcer d'enlever d'un coup le fœtus et le sac, pour que celui-ci ne soit pas exposé à une suppuration trop prolongée. Ici, comme dans la myomotomie, le traitement extra-péritonéal du pédicule est plus facile, il exige moins de temps et offre une mortalité moins élevée.

Lorsque l'opérateur s'est décidé à une opération radicale, à l'extirpation totale du sac, il semble qu'il ne pourra, que dans des cas rares où il existe un pédicule ou dans les premiers mois de la grossesse, suivre ce conseil de Werth : assurer d'abord l'hémostase médiate du pédicule, faire la ligature, puis extirper le sac. Dans les cas d'adhérences, et lorsqu'il n'existe pas de pédicule, il est plus facile de décoller le sac fœtal jusqu'aux points non recouverts de péritoine. Cela devient plus facile, si l'on ouvre d'abord le sac, et, en enlevant le fœtus, si l'on diminue le volume de la tumeur, qu'on décolle de tous côtés jusqu'à ses points d'union avec l'utérus et la base des ligaments, Alors, seulement, après l'hémostasie médiate ou immédiate des vaisseaux, on enlève le sac fœtal.

Si ce procédé paraissait dangereux, on pourrait, comme pis aller, fixer ce qui reste du sac dans l'angle inférieur de la plaie, ainsi qu'on le fait éventuellement dans la myomotomie.

R. L.

Hématome de la trompe par grossesse tubaire. (Ein Fall von Tubenhaematom bedingt durch Tubengravidität), par THEILHABER, *Munch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 28, p. 412.

Une femme qui a eu trois enfants, le dernier il y a huit ans, est prise après un retard des règles d'hémorrhagie et de douleurs expulsives. Au bout de deux jours, il sort par le vagin un caillot en forme d'un œuf, qui ne fut pas examiné.

L'hémorrhagie ne s'arrêta pas et la malade continuait à perdre du sang presque tout les jours. En même temps apparurent des douleurs dans le bas-ventre avec ténesme vésical.

A l'examen on trouvait dans le cul-de-sac gauche une tumeur ronde, mobile, molle, non fluctuante, des dimensions d'une orange. La tumeur pouvait être nettement délimitée de l'utérus et de l'ovaire. Diagnostic : tumeur de la trompe, très probablement par grossesse tubaire.

On ordonna du repos et un traitement médical. Mais comme la malade continuait à perdre du sang et à s'affaiblir, on se décida à enlever la tumeur.

Laparotomie médiane. La tumeur est bien située dans la trompe et se continue avec l'utérus et l'ovaire. Ablation de la trompe entre deux ligatures. Suture de la plaie, suites opératoires simples. Guérison en 18 jours.

A l'examen de la pièce on trouva que la tumeur se composait des parois épaissies de la trompe renfermant un caillot sanguin dur, adhérent. L'examen microscopique ne montra pas la présence des membranes de l'œuf.

Grossessee xtra-utérine. (Two cases of extra-uterine Pregnancy), par W. HAMILTON et CH. HAMILTON. *The N.-York med. Journ.*, 22 août 1891, p. 207.

OBS. I. — *Grossesse extra-utérine ; laparotomie le* 12e *mois ; Guérison.* — Mme F..., 44 ans, mariée depuis 25 ans, a eu 2 fausses couches et 6 enfants, le dernier en août 1884. Signes nets de grossesse extra-utérine : mouvements fœtaux, douleurs dans les aines ; lait dans les seins.

Opération 11 novembre 1890 ; l'incision faite et le doigt introduit dans la plaie perçoit une jambe ; on extrait un fœtus macéré atteint d'hydrocéphalie et de spina bifida. Au moyen de sutures de soie on unit le sac aux 2/3 inférieurs de l'incision superficielle. Lavage, drainage. Les débris du placenta furent entraînés ultérieurement par des lavages successifs. Guérison.

Il s'agit probablement d'une grossesse tubaire dans le ligament large.

Obs. II. — *Grossesse tubaire, rupture. Laparotomie. Guérison.* — Mme J. J..., 30 ans, mariée depuis 10 ans ; a eu 3 grossesses. La dernière et seule grossesse arrivée à terme est celle de 1885. A la suite de légers troubles généraux permettant de songer à une grossesse, le 5 février elle eut par le vagin une petite perte rosée, durant 24 heures d'une façon intermittente ; pouls petit et fréquent, faiblesse générale, anxiété, extrémités froides, douleur vive dans la hanche gauche.

Diagnostic : Rupture de grossesse tubaire.

Laparotomie faite par M. Ch.-S. Hamilton ; la trompe rompue, de la grosseur d'un œuf de poule, fut liée et coupée.

Guérison.

Grossesse tubaire, rupture du sac, mort. (Case of tubal Pregnancy ; rupture, death), par A. F. Fuchs, d'Ellensburg, *Am. J, of Obst.*, 1891, p. 573.

La malade avait eu deux pertes, au moment de ses règles ; la première, assez abondante.

Aux environs du troisième mois, elle manda Fuchs, croyant avoir une indigestion.

Elle succomba subitement, la nuit suivante.

L'autopsie révéla l'existence d'une grossesse tubaire, dont le sac s'était rompu dans le péritoine. L'embryon ne paraît pas avoir plus de 6 semaines.

La malade n'a été enceinte qu'une fois, avant l'accident, et a nourri son enfant jusqu'au jour de sa mort.

Fuchs croit que la grossesse ectopique est plus fréquente à droite qu'à gauche.

A. C.

Deux cas de grossesse tubaire avec remarques sur la grossesse ectopique. (Two cases of tubal Gestation, with remarks on ectopie

Gestation), par H. Bauga, de Chicago, *Am. J. of Obst.*, janvier 1891, p. 33.

La première malade n'avait pas eu de suspension de ses règles ; elle n'a eu qu'un retard de 6 jours ; l'embryon n'avait que 5 semaines.

Dans le second cas, le sac se rompit, et causa un hémato-salpinx ; la malade eut de la fièvre. Après l'opération, elle eut du tympanisme et la température monta à 39°,4, le second jour. Elle se remit, après l'expulsion de gaz intestinaux, au moment où Bauga allait rouvrir l'abdomen.

Le diagnostic de la grossesse ectopique au début est difficile ; les points principaux sont : une irrégularité dans les règles, de vives douleurs abdominales, localisées dans un côté, et plus constantes que celles d'un avortement, puis une perte de sang, contenant des lambeaux de caduque ; le toucher fait reconnaître un col légèrement ramolli, une augmentation de volume de l'utérus et l'existence d'une tumeur, généralement située d'un côté ; enfin, l'absence de fièvre, jusqu'au moment où le sac crève.

Quant au traitement, Bauga recommande la laparotomie, *aussitot que le diagnostic est établi*. L'électrisation n'est pas assez sûre, suivant lui.

A. Cordes

Suites et traitement de la grossesse tubaire (Esiti e trattamento della gravidanza tubaria), Piccinini. *Annali di Ost, e gynec.* Milano 1891, p. 272.

L'auteur décrit plusieurs cas dans lesquels la rupture de la trompe fut suivie de mort rapide. Il rapporte ensuite une observation de grossesse tubaire avec rupture de la trompe vers la 9e semaine avec hématocèle pelvienne et péritonite consécutive. Il enleva les membranes fœtales avec les annexes, fit un lavage du péritoine et tamponna avec la gaze iodoformée. Celle-ci fut enlevée six jours après et remplacée par un drain et le malade fut rapidement guérie.

P. Mauclaire.

Grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin (Laparotomie bei alter Extrauterinschwangerschaft mit Darmperforation ; Heilung), Flotamann *Deuts. med. Woch.*, 1891, n° 17, p. 594.

B. S..., âgée de 34 ans, nullipare, devient enceinte en juin 1882. En

février 1885 surviennent les douleurs d'expulsion, il se fait un écoulement de sang par le vagin, mais l'accouchement ne se fait pas. En mars elle entre à l'hôpital, reste pendant quelque temps; elle s'en va ne voulant pas se soumettre à un examen sous le chloroforme. Sa santé se rétablit, les règles réapparaissent, mais le ventre reste toujours gros. En mai 1889, la malade, de nouveau souffrante, rentre à l'hôpital. On fait une laparotomie exploratrice, mais la vue de la tumeur, de même que l'aspect cachectique de la malade, faisant penser à un carcinome inopérable, on referme la plaie, et la malade quitte l'hôpital le 6 juin.

Le 4 septembre, la malade est prise de diarrhée et rend, avec des selles liquides, une grande quantité de petits osselets. M. Flothmann fait le diagnostic d'ancienne grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin siégeant au niveau de la jonction du rectum avec l'S iliaque à 25 cc. au-dessus de l'anus.

Laparotomie le 30 septembre. A l'incision de la paroi abdominale on trouve la tumeur immobilisée dans le bassin avec impossibilité absolue de la rapprocher jusqu'aux lèvres de l'incision abdominale. Ouverture du sac au bistouri. On retire une masse de matières fécales et un certain nombre d'osselets, les uns libres, les autres soudés aux parois du sac et fort difficiles à enlever. Le sac est lavé et suturé à la plaie abdominale fortement rétrécie en haut. Pendant trois semaines, les matières fécales sortaient par le sac et l'orifice abdominal; plus tard, lorsque le sac se rétrécit et fut comblé de granulations, les matières fécales reprirent leur chemin ordinaire, par le rectum. La malade a guéri et quitta l'hôpital le 25 novembre, après avoir augmenté de 20 livres.

Deux cas récents de grossesse tubaire. Laparotomie (Two recent cases of tubal Pregnancy, abdominal section), par W. D. Hamilton. *the New-York med. and surg. Journal*, 8 février 1890, vol LI, p. 143.

Cet article contient les observations détaillées de deux cas de grossesse tubaire dont l'un accompagné de rupture. La laparotomie fut pratiquée avec succès chez ces deux malades.

L'auteur conclut que cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et que ces symptômes passent souvent inaperçus.

P. N.

Grossesse extra-utérine sans symptômes caractéristiques (a case of ectopic Gestation without characteristic symptoms), par J. M. BALDY. *Medical News*. Philadelphia, 15 février 1890, A. C. vol. LVI, p. 169.

Cet article est l'observation d'une femme de 24 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une pyosalpingite double : on trouva après laparotomie, à gauche un petit kyste de l'ovaire, à droite une grossesse tubaire. Le fait est remarquable en ce qu'aucun symptôme ne pouvait faire penser à la grossesse, l'utérus étant d'un volume normal.

P. N.

La laparotomie et l'électricité, dans la grossesse ectopique (Laparotomy versus electricity in ectopic Pregnancy), par le Dr WATHEN, de Louisville. *Tr. State med. Soc.*, 15 octobre 1890.

On n'emploie que l'électricité, comme moyen féticide, dans la grossesse ectopique, et on ne l'applique guère après le 3e ou le 4e mois.

La mortalité maternelle, suite de l'électro-ponction est tellement élevée que les avocats les plus chauds de l'électricité craignent de plonger une électrode dans le sac gravide. L'auteur croit donc que, malgré l'habileté et la science des médecins qui continuent à l'employer, cette méthode sera bientôt complètement abandonnée.

Le Dr Brothers a publié dans l'*Anat. Journ. of Obst.* de février 1890, un article très éloquent pour cette méthode, dans lequel il a passé sous silence ses dangers.

Les statistiques fournies par Brothers démontrent nettement qu'elle est beaucoup plus périlleuse que la laparotomie,

D'autre part, il est toujours difficile et souvent impossible de reconnaître la gestation extra-utérine à son début, de sorte qu'il y a certainement des cas où l'électricité a été appliquée, alors que la grossesse ectopique n'existait pas. Lorsque la laparotomie a été faite, le diagnostic n'a pu être erroné.

Lorsque l'embryon ou le fœtus ont été tués par le courant électrique, les organes pelviens n'en restent pas moins dans un état anormal et dangereux ; tandis que la laparotomie permet d'enlever tout organe malade, et d'éviter toute chance d'abcès pelvien, de fistule vaginale, rectale ou vésicale.

La laparotomie ne donne que 5 0/0 de morts ; et le plus grand

nombre des opérées ont été guéries complètement, tandis que 50 0/0 des femmes qui ont subi l'électrisation ont conservé, soit une tumeur, soit un épaississement des tissus pelviens qui peut exiger la laparotomie.

La laparotomie, dans les cas de grossesse ectopique arrivée au 3e ou au 4e mois, présente des conditions de simplicité toutes particulières, et faite sur plus de 50 malades opérées après la rupture du sac, n'a eu que 2 morts ; encore les causes de la mort ne sont-elles pas imputables à l'opération.

On avance, comme raison en faveur de l'électrisation, que la laparotomie exige un spécialiste ; mais il en est de même de l'électrisation.

L'auteur termine sa communication par la présentation des deux pièces.

L'une de ces pièces est un fœtus avec son placenta, provenant d'une laparotomie faits par Wathen, pour une grossesse tubaire dont le sac avait crevé dans le ligament large.

L'autre est un utérus avec ses annexes, enlevés après la mort. La malade n'a consenti à se laisser opérer que très tard et Wathen ne l'a vue qu'à l'article de la mort.

A. C.

Récidive de grossesse extra-utérine (Wiederholte Tubenschwangerschaft), par R. Frommel. *Deustche med. Woch.*, 5 juin 1890, n° 23, p. 494.

Dans un travail récent, Olshausen a cité un fait où il a du faire deux fois la laparotomie à une femme pour deux grossesses extra-utérines successives, et il a réuni plusieurs observations analogues. Frommel y ajoute un fait personnel, relatif à une femme qui, en 1883, a subi avec succès la laparotomie pour une grossesse tubaire droite, puis a eu en 1887 des phénomenes de grossesse exta utérine (avec expulsion de caduque) terminés par des accidents brusques et graves d'hématocèle, qui finalement a guéri.

Un cas de laparotomie au 10 mois d'une grossesse extra-utérine. Prof. G. E. Rein.

Communication faite à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Kieff, le 28 février 1890. Femme de 35 ans, 5e grossesse. Au début du 2e mois apparurent divers phénomènes morbides : métror-

rhagie avec syncopes, douleurs abdominales, fièvre, vomissements qui cédèrent vers le milieu du 3e mois pour ne reprendre quelque intensité qu'au 9e mois, à la fin duquel la malade se présenta à l'hôpital. Les signes objectifs étaient caractéristiques, le ventre développé comme dans une grossesse à terme, asymétrique, aplati à droite. Le palper abdominal fait reconnaître le fœtus en position oblique; ses mouvements sont vifs, son cœur bat 150 fois par minute; le souffle placentaire s'entend à gauche et la main appliquée à ce niveau perçoit une sorte de frémissement cataire. Le kyste fœtal est peu mobile, au-devant de lui et remontant jusque vers l'ombilic se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 cent. 1/2 et se dirige vers l'angle gauche; le col est ouvert et le doigt entre facilement au delà de l'orifice interne. Diagnostic : grossesse tubaire, transformée au 2e mois en intra-ligamenteuse par rupture de la trompe; fœtus vivant. L'opération fut exécutée le 14 février 90, huit jours après l'entrée de la malade, au 10e mois de la grossesse. Elle présenta les particularités suivantes : l'incision du kyste porta sur le placenta d'où hémorrhagie abondante aussitôt arrêtée par la compression digitale des bords de la plaie; l'enfant fut enlevé vivant; l'énucléation du kyste fœtal présenta des difficultés considérables, car il se trouvait intimement adhérent au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus. L'opération dura 1 h. 4 m. Un tube à drainage en verre fut laissé dans la cavité de Douglas. Dans le cours de la convalescence il n'y a à noter que l'expulsion très douloureuse de fragments de la caduque utérine. La température ne dépasse pas 38°,7; les sutures furent enlevées le 8e jour; au moment de la communication l'opérée est absolument apyrétique et en voie de rétablissement, tout en portant encore un petit drain. L'enfant, venu au monde avec un poids de 3200 gr. pèse actuellement 3170, se porte bien. Son crâne est asymétrique, aplati à gauche. Le poids du placenta était de 1152 gr.

M. WILBOUCHEVITCH.

Résultats définitifs des cas de grossesse extra-utérine traités par l'électricité (Subsequent behawior of cases of extra-uterine Pregnancy treated by electricity), par le Dr A. BROTHERS de Bellevue Hôpital (New-York). *Am. J. of Obst.*, février 1890, p. 113.

Aux 43 cas, dont l'auteur a publié le résumé dans *Amer.*

Journ. of Obst. de 1888), il en ajoute 10 autres, 2 malades seulement moururent ; chez les 8 autres, la tumeur disparut ou fut réduite de beaucoup : au total, 5 morts ; dans 3 cas, le fœtus a été probablement chassé dans la cavité utérine ; dans 2 cas, la suppuration survint et le fœtus s'élimina par morceaux.

Gill Wylie n'a jamais employé l'électricité dans ces cas et il est nettement opposé à son emploi. Il a trois fois fait la laparotomie, après que l'électricité avait échoué.

La plupart des gynécologistes à qui Brothers a demandé quel est l'état des femmes traitées par cet agent, sont favorables à son application.

Une malade a été revue, 8 ans, les autres, entre 3 et 1 an, après le traitement.

L'auteur termine son travail par un index bibliographique très complet.

A. C.

BIBLIOGRAPHIE

De l'hydronéphrose intermittente, par Félix Terrier et Marcel Baudouin.

MM. Terrier et Baudouin viennent de réunir en un volume la série d'articles, qu'ils avaient publiés l'an dernier dans la *Revue de chirurgie*, y ajoutant un certain nombre d'observations nouvelles et le résumé des travaux publiés pendant ces derniers mois sur la question.

Jusqu'à ces dernières années, la nature intime de l'hydronéphrose semblait avoir échappé à la plupart des observateurs. On n'avait pas été frappé de ce fait qu'il s'agissait là d'une simple rétention dans la première partie des voies d'excrétion de l'urine ; on ne voyait guère dans toute tumeur hydronéphrotique qu'une collection liquide plus ou moins comparable à un kyste vulgaire. MM. Félix Terrier et Marcel Baudouin, dans le long travail où ils ont décrit avec force détails la variété clinique d'hydronéphrose connue sous le nom d'hydronéphrose intermittente, se sont efforcés de bien mettre en relief l'essence même de cet état pathologique. Ils ont voulu montrer que, dans la grande majorité des cas, l'hy-

dronéphrose banale, fermée, pour employer le mot propre, n'était en somme qu'un des modes de terminaison de l'hydronéphrose intermittente, et que cette forme, avec ses deux variétés, l'hydronéphrose intermittente type avec crises de rétention et l'hydronéphrose intermittente à évacuation brusque, était celle qui méritait de devenir classique. Ils ont prouvé en outre la facilité d'infection de ces rétentions d'urine aseptiques dans le bassinet, et mis en évidence l'importance énorme de la mobilité rénale envisagée comme cause de l'hydronéphrose pour les cas que jadis on décorait du nom d'hydronéphrose idiopathique.

Peut-être n'ont-ils pas fait une place assez large aux rétentions rénales intermittentes liées à des uretéro-pyélites légères, variété de rétention sur laquelle insiste, à juste titre, le professeur Guyon.

Après avoir fait comprendre pourquoi les hydronéphroses des reins mobiles, liées à des coudures ou à des torsions de l'uretère pendant la ptose rénale, doivent toujours commencer par être intermittentes, ils ont décrit, avec précision les lésions et les symptômes si typiques de cette variété classique si curieuse. On se rendra compte de l'importance d'une œuvre d'aussi longue haleine, quand on verra la quantité des documents consultés, la conscience avec laquelle ils ont été utilisés, quand on saura enfin que c'est le premier ouvrage qui, dans notre pays, paraît sur ce sujet aussi intéressant qu'ignoré.

Du curetage de l'utérus, sa technique et sa valeur, par le Dr Berlin (de Nice).

En terminant son intéressant travail, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Au point de vue de la *technique :*

1° Le curettage nécessite, dans la généralité des cas, l'anesthésie chloroformique et la dilatation préalable de l'utérus au moyen de tiges de laminaire.

2° L'opération doit être faite avec les mêmes soins et les mêmes précautions antiseptiques que les opérations abdominales les plus importantes. Elle ne doit être entreprise que par un chirurgien exercé et outillé en vue de cette antisepsie rigoureuse. A cette condition seule, elle présente une innocuité à peu près absolue.

3° Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès.

Au point de vue des *indications :*

1° Le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite corporéale. Considéré comme procédé de la médication intra-utérine, il est incomparablement supérieur à tous les autres, au double point de vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité des résultats.

2° Il ne saurait avoir la prétention d'être infaillible, de conférer dans tous les cas et du premier coup la guérison radicale d'une affection aussi essentiellement rebelle que l'est la métrite chronique dans la plupart de ses formes. Mais il nous donne prise sur des formes de métrites contre lesquelles, il y a peu d'années, la gynécologie était impuissante ; il nous fournit chaque jour des guérisons incontestables là où les méthodes anciennes avaient échoué.

3° Même lorsqu'il ne produit pas d'emblée la guérison absolue de tous les symptômes, il procure toujours une amélioration notable ; il n'y a aucun inconvénient et il y a souvent grand avantages à le renouveler plusieurs fois.

4° Il importe au plus haut degré de ne pas considérer le curettage comme le traitement banal de toutes les affections de l'utérus dans lesquelles peuvent se rencontrer des symptômes d'endométrite.

5° Diverses catégories de cas doivent être distinguées : — ceux où le curettage réalise à lui seul l'action curative ; — ceux où il constitue un traitement palliatif ; — ceux où il doit être associé, à titre d'adjuvant, à telle ou telle opération ; — ceux enfin où il est dangereux ou inutile et où l'on doit s'en abstenir complètement.

6° La condition essentielle d'un emploi judicieux du curettage est une précision aussi rigoureuse que possible dans le diagnostic anatomique et symptomatique de chaque cas particulier.

Traité à l'usage des sages-femmes (Lehrbuch der Hebammenkunst) par le Dr B.-S. Schultze d'Iéna. Engelmann, Leipziz, 1892.

A la librairie Nierstraz (Liège). **Vademecum de Gynécologie,** par le Dr Duhrssen, traduit par le Dr Van Aubel. Petit in-18 de 175 p.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

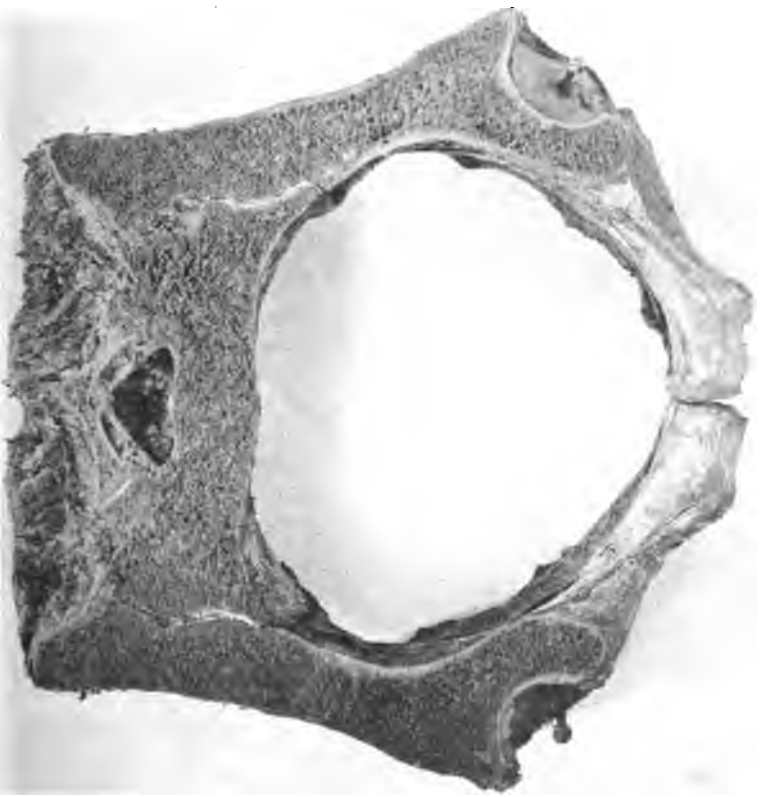
ANNALES DE GYNÉCOLOGIE
ET D'OBSTETRIQUE
JANVIER 1892

PLANCHE I

1/2 GR

COUPE SUIVANT LE PLAN DU DÉTROIT SUPÉRIEUR D'UN BASSIN DE 10 c. 8 TRANSFORMÉ EN BASSIN DE 12 c. 4 GRACE A UN ÉCARTEMENT DE 6 c. DE LA SYMPHYSE PUBIENNE AVEC UN SIMPLE DÉCOLLEMENT SANS DÉCHIRURE DES LIGAMENTS SACRO-ILIAQUES ANTÉRIEURS (FEMME MORTE DE NÉPHRITE 9 JOURS APRÈS UN ACCOUCHEMENT ERME)

PLANCHE II



1/2 GR

LA MÊME COUPE APRÈS RAPPROCHEMENT DES PUBIS

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES PRÉSENTATIONS DU FRONT

Par le Dr **Auguste Pollosson**
Chirurgien de la Charité de Lyon.

Les réflexions que nous a inspirées la lecture des nombreux travaux parus sur ce sujet, l'observation d'un cas d'accouchement par le front, et quelques recherches expérimentales, nous ont conduit à admettre un mécanisme un peu différent de celui qui a été décrit jusqu'à ce jour. Telles sont les raisons qui ont motivé ce travail.

Les présentations du front ont été longtemps rangées soit parmi celles de la face, soit parmi celles du sommet ; les accidents dystociques qui surviennent fréquemment ont attiré sur cette question l'attention des observateurs et les ont conduits à faire une nouvelle classe de présentation céphalique.

Les auteurs sont absolument d'accord sur deux points que nous voulons rappeler tout d'abord. Ce sont : 1° la description des parties accessibles au toucher, c'est-à-dire l'énumération des signes qui font faire en clinique le diagnostic de

présentation du front ; 2° le mode tout particulier du dégagement.

1° Dans les présentations du front, les parties accessibles au doigt explorateur sont : la grande fontanelle, la partie antérieure de la suture sagittale, le front, les orbites, les yeux, le nez, une portion variable du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. Ce qui les sépare des présentations du sommet, c'est qu'on n'atteint pas la petite fontanelle ; ce qui les distingue des présentations de la face, c'est qu'on n'atteint ni la bouche ni le menton ;

2° Le dégagement dans les présentations du front est absolument caractéristique, et aucun autre ne lui est comparable. Dans les présentations du sommet, l'occiput venant apparaître sous la symphyse, le dégagement se fait par un mouvement de déflexion qui a pour centre un point sous-occipital, et les divers diamètres sous-occipitaux viennent successivement se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pubien. Dans les présentations de la face, le menton venant apparaître sous la symphyse, le dégagement se fait par un mouvement de flexion qui a pour centre un point trachélique, et les divers diamètres trachéliques viennent successivement correspondre au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Dans les présentations du front, le dégagement est différent et bien spécial : le nez vient se montrer sous la symphyse ; le maxilliaire supérieur ou, d'une manière plus précise, la partie alvéolaire du maxillaire supérieur vient s'arc-bouter contre la partie inférieure de la symphyse, et le dégagement a lieu par un mouvement de flexion qui a pour centre le maxillaire supérieur et les divers diamètres qui partent du maxillaire supérieur pour aller à la grande fontanelle, à la suture sagittale, à l'occiput, viennent successivement apparaître sous la symphyse. L'issue du menton se fait en dernier lieu, par un mouvement de déflexion.

Nous voyons donc que les présentations du front peuvent être définies en clinique : 1° par la description des parties qu'atteint le doigt ; 2° par le mode particulier du dégage-

ment, point capital et typique du mécanisme de l'accouchement par le front.

Dans la description du mécanisme, nous pensons qu'il faut laisser de côté les présentations du front diagnostiquées au-dessus du détroit supérieur sur une tête non engagée, et qui se sont transformées au moment de l'engagement en une présentation de la face ou du sommet.

Nous ne tiendrons pas compte davantage des cas où une tête très petite ou très molle a permis dans l'excavation une transformation spontanée de la présentation.

Les présentations du front au-dessus du détroit supérieur et les présentations mobiles et variables des têtes petites et molles ont multiplié d'une manière exagérée les cas d'accouchements par le front et ont contribué à obscurcir la question du mécanisme.

Nous n'aurons donc en vue que les cas où une tête s'est engagée en front, est descendue en front et s'est dégagée en front.

Nous laisserons également de côté les cas dans lesquels un rétrécissemest du bassin est venu compliquer et modifier les difficultés mécaniques.

Un premier point en discussion mérite de nous arrêter un moment. Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, les uns prétendent que c'est le front qui occupe le centre de l'excavation ; les autres, au contraire, affirment que le centre de la présentation est représenté par la grande fontanelle ou du moins par un point voisin de cette grande fontanelle.

Disons immédiatement que c'est à cette dernière opinion que nous nous rattachons. La manière de voir que nous adoptons est basée, tout d'abord, sur les observations. On peut voir, en effet, que la présence de la grande fontanelle au centre de la présentation est maintes fois signalée ; elle est basée, en outre, sur la considération suivante : dans les présentations du front au moment où le dégagement va commencer le diamètre fœtal qui appuie contre les parois de

l'excavation est celui qui s'étend du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur à un point de la suture sagittale voisin de la petite fontanelle ; le centre de la présentation est donc représenté par un point situé à égale distance des extrémités de ce diamètre ; il est facile de constater, en considérant une tête de fœtus, que ce point correspond à peu près exactement à la grande fontanelle. En outre, si le front occupait le centre de l'excavation, comme la distance de ce front au menton est à peine de six centimètres on devrait atteindre avec le doigt explorateur la bouche et le menton, ce qui n'est pas.

Nous admettons donc que le centre de la présentation est représenté par la grande fontanelle. Si le front n'occupe pas le centre de la présentation, il en représente, du moins, la partie la plus déclive et la plus facilement accessible.

Si nous nous sommes arrêtés un instant pour discuter la situation du front, c'est parce que certains auteurs ont été conduits, par l'idée que le front était au centre de l'excavation, à une idée erronée sur le mécanisme de l'engagement et de la descente.

Il est pourtant une circonstance dans laquelle le centre de la présentation est à peu près représenté par le front et dans laquelle la fontanelle bregmatique est déjetée à la périphérie, c'est lorsque la descente se fait avec ouverture de la bouche. Nous reviendrons, en détail, sur cette situation particulière.

Dans la discussion qui va suivre, nous admettrons l'engagement dans un bassin cylindrique, et accepterons l'idée d'après laquelle l'axe de l'excavation se confond avec celui du détroit supérieur.

D'autre part, quand nous parlerons d'une tête fœtale et de la possibilité qu'elle a à s'engager de telle ou telle manière, nous prendrons comme type la tête non déformée d'un enfant extrait par une opération césarienne ; en pratique nous utiliserons le dessin que M. Budin a donné dans sa thèse.

I. — Du diamètre occipito-mentonnier ou du diamètre maximum considéré pendant l'engagement.

Mme Lachapelle prétendait que, dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier devait s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur et que c'était là la raison qui rendait l'accouchement par le front si difficile.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, Mangiagalli surtout, constatent l'impossibilité de cet engagement et prétendent avec juste raison que le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation.

« L'extrémité mentonnière du diamètre occipito-menton-
« nier, dit Mangiagalli, s'engagera dans la filière pelvienne
« avant l'extrémité occipitale de ce diamètre, rendant ainsi
« possible la descente ultérieure de la partie qui se présente,
« puisque le diamètre occipito-mentonnier s'insinue oblique-
« ment dans l'anneau qui représente le détroit supérieur. »

M. Devars (1) admet la descente suivant le mode décrit par Mangiagalli.

D'après cette description, au moment où va commencer le dégagement, le menton se trouve donc dans l'excavation, à un niveau inférieur à celui de l'occiput. Or le dégagement, dans les présentations du front, se fait de telle façon que l'occiput sort bien avant le menton, celui-ci étant la dernière partie céphalique qui se dégage. Si le menton est descendu le premier dans l'excavation, et si, d'autre part, l'occiput se dégage avant le menton, il est nécessaire que le diamètre occipito-mentonnier bascule dans l'excavation.

M. Devars a vu cette difficulté et la tranche de la manière suivante : « Les difficultés réelles n'existeront qu'au détroit
« inférieur où ce diamètre (l'occipito-mentonnier) est obligé
« de basculer, mais là, la rétropulsion du coccyx viendra
« favoriser ce mouvement et rendra possible ce dégagement
« de l'occiput ».

(1) Thèse de Lyon, 1885.

Cette explication est évidemment insuffisante car l'occiput, avant d'avoir atteint le coccyx, est obligé de parcourir une partie de l'excavation qui n'est nullement douée de la même mobilité.

Si nous reprenons le schéma de Mangiagalli (fig. 1), et si dans la section cylindrique ABCD nous introduisons le triangle schématique occipito-fronto-mentonnier OFM, en faisant engager le menton M avant l'occiput O, nous voyons que si l'occiput doit se dégager avant le menton, le diamètre OM devra basculer dans le cylindre ABCD ; et si nous représentons le coccyx par la distance HB mobile au point de pouvoir occuper la direction HB', nous voyons que l'occiput, avant d'atteindre la portion HB mobile, devra parcourir une partie de la distance OH qui n'est nullement susceptible d'être repoussée.

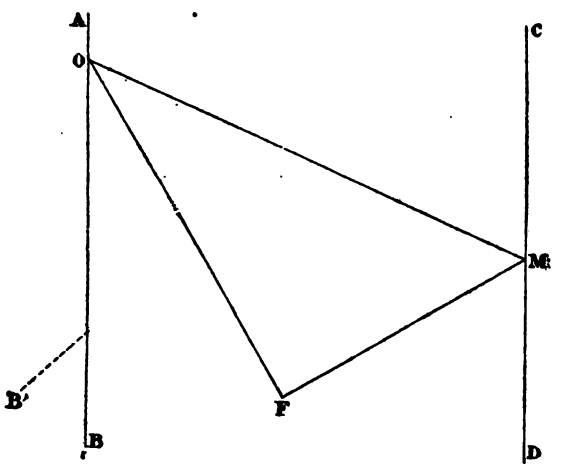


FIG. 1.

L'explication de M. Devars est donc illusoire et il est absolument nécessaire pour que le point O devienne inférieur au point M que le menton M se dégage (ce qu'on n'observe pas dans les présentations du front dégagées suivant le mode

décrit), ou bien que le diamètre OM bascule dans l'excavation, ce qui ne doit être possible que dans des cas exceptionnels.

M. Blanc (1) admet avec Mangiagalli la descente oblique du diamètre occipito-mentonnier avec l'extrémité mentonnière en bas. Il voit aussi la difficulté du dégagement et résout cette difficulté d'une manière bien différente de M. Devars. Mais son explication, bien que ne présentant aucune impossibilité mécanique, ne nous paraît pas être en rapport avec la réalité des faits observés.

C'est dans la description du troisième temps de l'accouchement, c'est-à-dire dans la description du temps de rotation que M. Blanc place la série des transformations de position qui permettront à la tête de se dégager. Ces transformations de position nous ont paru tellement complexes, que nous nous croyons obligés de transcrire en entier cette page de son mémoire.

« Le troisième temps de rotation est plus complexe. Il a le « même but et le même résultat que pour une présentation « de la face ou du sommet; c'est-à-dire qu'il amène sous la « symphyse pubienne la partie qui doit se dégager la pre- « mière, pour qu'ensuite l'expulsion soit possible, et que « des diamètres plus petits que l'occipito-mentonnier se « mettent en rapport avec le coccy-pubien du détroit infé- « rieur. Prenons par conséquent la tête en présentation « frontale, dans la situation où elle se trouve à la fin du « deuxième temps, c'est-à-dire le front vers le centre de l'ex- « cavation, le menton en avant et à gauche, sur le milieu de la « distance pubio-ischiatique, l'occiput libre en arrière et en « haut. Il est à remarquer d'abord que le mouvement de rota- « tion autour d'un axe vertical ne peut s'effectuer directement « car l'occiput non descendu viendrait buter contre le promon- « toire. De plus, lorsque sur le cadavre on essaye d'engager « la tête d'un fœtus à terme, placée, comme nous le suppo- « sons, en naso-iliaque gauche antérieure, de manière à ame-

(1) *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

« ner l'extrémité postérieure du diamètre occipito-frontal, « ou celle du grand diamètre de Budin en rapport avec la « paroi pelvienne sous-jacente, on éprouve des difficultés « considérables, à moins d'une tête petite ou d'un bassin « grand. Et, en effet, il faut, pour que l'occiput puisse des- « cendre dans l'excavation et gagner la courbure sacrée, que, « par un mouvement inverse, le menton remonte le long de « la paroi pelvienne antérieure et se dégage au-dessus du « détroit supérieur. Avant même que les points sus-indiqués « de l'occiput aient glissé sous la ligne innominée, le menton « est remonté et libre. A cet instant du mécanisme, la base « du crâne s'incline en bas et en arrière, de telle sorte qu'au « fur et à mesure que l'occiput se loge dans la concavité du « sacrum, le menton s'élève de plus en plus en avant. Aussi, « tandis qu'au moment de l'engagement du triangle cépha- « lique de Mangiagalli, aux deux premiers temps de l'accou- « chement par le front, l'extrémité mentonnière est le point « le plus déclive de la base du triangle, au troisième temps « c'est l'occiput. Le plan de la base du crâne s'est donc « incliné en sens inverse, regarde maintenant en haut et en « arrière et non plus en avant et en haut » (1).

Cette page, on le voit, comprend des phénomènes extrêmement complexes. Essayons de les analyser. Dans l'étude des phénomènes mécaniques de l'accouchement, il faut distinguer trois espèces de mouvements : 1° les phénomènes de progression en masse exécutés parallèlement à l'axe du bassin et qui constituent, à proprement parler, la descente ; 2° les mouvements de rotation de la partie qui se présente autour de son axe vertical, c'est-à-dire la rotation proprement dite, et 3° les mouvements de rotation autour d'un axe transversal, mouvements qui, pour la tête, consistent dans la flexion ou dans la déflexion.

---

(1) Faisons remarquer que les idées émises par M. Blanc sont à peu près semblables à celles de Marchionneschi (*Annali di Ostetricia*, 1884). L'un et l'autre de ces auteurs admettent la descente de Mangiagalli et supposent que le menton remonte ultérieurement pour permettre la descente de l'occiput.

Dans la description de son temps de rotation, M. Blanc comprend des mouvements appartenant à ces trois espèces et ceux du deuxième groupe, c'est-à-dire les mouvements de rotation proprement dits, sont loin d'être les plus importants.

Si nous considérons les mouvements de progression de la tête parallèlement à l'axe du bassin, nous voyons qu'après avoir exécuté sa descente, l'ovoïde crânien remonte dans l'excavation et va reprendre momentanément sa position première au-dessus du détroit supérieur. Le menton, en effet, remonte, d'après M. Blanc, le long de la paroi pelvienne antérieure, et se dégage au-dessus du détroit supérieur. *Or ce menton, descendu premier, ne peut remonter au-dessus du détroit supérieur qu'à la condition que l'occiput y remonte avec lui et même avant lui, à moins que dans cette ascension du menton le diamètre occipito-mentonnier ne vienne à basculer dans l'excavation,* ce que M. Blanc n'admet pas. Ainsi, après avoir exécuté sa descente, la tête remonte au-dessus du détroit supérieur, et l'accouchement, au point de vue mécanique, n'est pas plus avancé qu'avant qu'il ait débuté. Un mouvement de flexion s'exécute alors au-dessus du détroit supérieur. A ce moment commence une descente toute nouvelle dans laquelle le diamètre occipito-mentonnier s'engage dans l'excavation, l'occiput situé plus bas que le menton. Il n'est donc pas très exact de dire que, tandis qu'aux deux premiers temps de l'accouchement par le front, l'extrémité mentonnière est le point le plus déclive de la base du triangle, au troisième temps c'est l'occiput. Ce qu'il faudrait dire, si on admettait la description de M. Blanc, c'est que, dans les accouchements par le front, il se fait une première descente, le menton situé plus bas que l'occiput, puis la tête ne pouvant, dans cette position, ni se dégager, ni opérer sa rotation, remonte hors de l'excavation, s'y fléchit et descend alors d'une nouvelle façon, l'occiput plus bas que le menton ; dans cette nouvelle position, la tête peut heureusement et tourner et se dégager.

Mais ces deux descentes, séparées par une ascension, n'ont été relatées par aucun accoucheur, nous ne la trouvons dans aucune des observations et nous ne l'avons pas constatée dans deux cas d'accouchement par le front que nous avons pu suivre.

Quant au mouvement de bascule, imaginé par M. Blanc, et d'après lequel le menton situé d'abord plus bas que l'occiput lui deviendrait, en second lieu, supérieur, il placerait le triangle occipito-fronto-mentonnier dans la position O'M'F' (fig. 2) au lieu de la position OMF occupée primitivement).

Or, dans ces deux positions les parties accessibles au doigt doivent être bien différentes. Tandis que dans la première position OMF, le menton et la bouche devaient être facilement accessibles au doigt, ils ne doivent plus être accessibles dans la position O'M'F'.

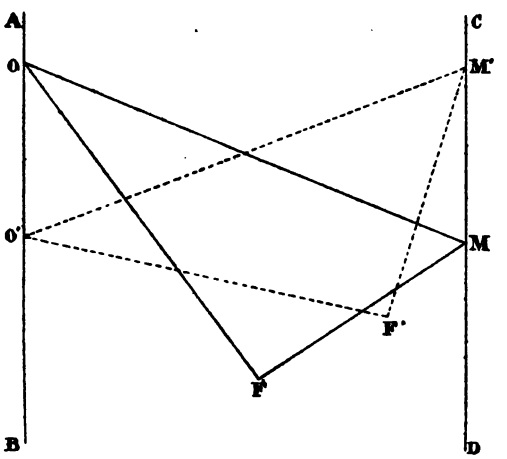


FIG. 2.

Or, dans les présentations du front qui ne se transforment pas, les parties perceptibles au toucher demeurent les mêmes pendant toute la descente et jusqu'au dégagement. Ce mouvement de flexion ne s'observe pas (sauf dans les fronts transformés en sommets) et nous croyons qu'il s'est imposé

à l'esprit de M. Blanc, comme une nécessité théorique plutôt que comme un fait observé.

Nous n'admettons donc pas la descente suivant la description de Mangiagalli, c'est-à-dire, la descente avec le menton situé plus bas que l'occiput. Nous la rejetons parce que le dégagement ne pourrait pas s'effectuer suivant le mode observé dans les présentations du front, sans une bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation, ce qui n'est pas possible dans les cas ordinaires.

La raison que nous venons de faire valoir ne serait évidemment pas suffisante pour tous les auteurs ; il en est quelques-uns, en effet, pour qui le diamètre maximum ne mérite même pas d'être pris en considération car il est déformé et réduit par des phénomènes plastiques de modelage. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Mais nous avons un autre motif pour rejeter l'idée de Mangiagalli acceptée par presque tous les auteurs, et pour considérer comme fausse l'attitude qu'il suppose à la tête au moment de l'engagement, ce motif est le suivant : *le triangle occipito-fronto-mentonnier descendant comme le décrit Mangiagalli ne constitue pas une présentation du front, mais une présentation de la face.*

Si, en effet, au lieu de représenter simplement le triangle schématique OMF nous dessinons la tête dans laquelle est inscrit ce triangle nous obtenons la figure ci-contre (fig. 3).

Or, nous ne pouvons absolument pas admettre que, dans une présentation semblable le doigt explorateur se borne à percevoir le front, les orbites, les yeux et le nez et ne puisse pas atteindre la bouche et le menton. Ces parties sont, en effet, situées très bas ; le menton est à peu près au même niveau que la grande fontanelle et rien n'empêche qu'on le sente facilement ; quand à la bouche, elle devrait en tout cas être facilement touchée. Or les présentations du front sont précisément caractérisées par ce fait que le doigt explorateur n'atteint ni la bouche, ni le menton. En second lieu, la grande fontanelle se trouve rejetée loin du centre de l'ex-

cavation, tandis que dans les présentations du front, c'est elle qui doit occuper le centre de l'excavation. En troisième lieu, si la présentation était telle que nous la dessinons d'après le schéma, nous ne voyons absolument pas quelle raison pourrait empêcher qu'on aille accrocher le menton avec un doigt, exagérer tant soit peu l'extensisn de la tête, et faire avec la plus grande facilité une présentation de la face, *si tant est que ce n'en soit pas déjà une que l'on ait sous les yeux*. Or nous savons qu'une pareille transformation est chose difficile, sinon impossible. En quatrième lieu, nous ne voyons pas ce qui pourrait empêcher le menton de des-

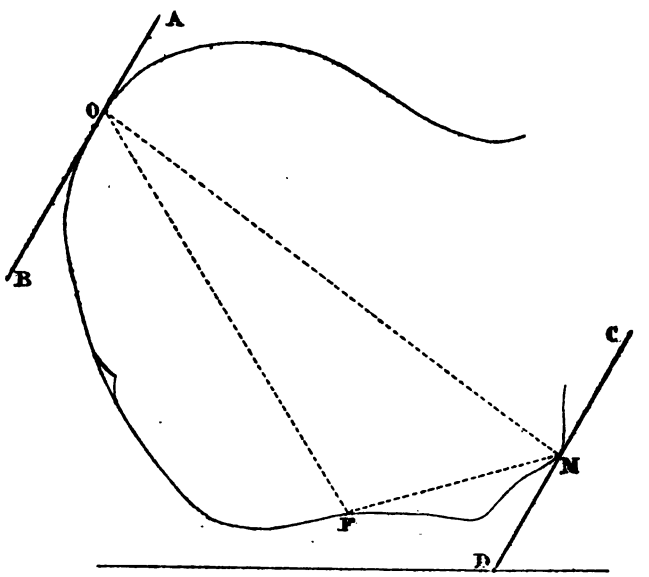


FIG. 3.

cendre jusqu'à ce qu'il vienne apparaître sous la symphyse et permettre ainsi aux diamètres trachelo-bregmatique, trachelo-occipital, etc. de se dégager au détroit inférieur comme cela se passe dans les présentations de la face.

Nous sommes donc conduit à supposer une autre attitude

à la tête qui se présente et qui s'engage en front et les idées que nous allons exposer maintenant ne sont pas purement hypothétiques, car : 1° elles sont en rapport avec les faits cliniques observés, et 2° elles ont pu être vérifiées expérimentalement.

Nous croyons que, dans les présentations du front, le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement dans l'excavation ; mais de telle façon que l'extrémité occipitale du diamètre occipito-mentonnier pénètre avant l'extrémité mentonnière de ce même diamètre (fig. 4). L'obliquité du diamè-

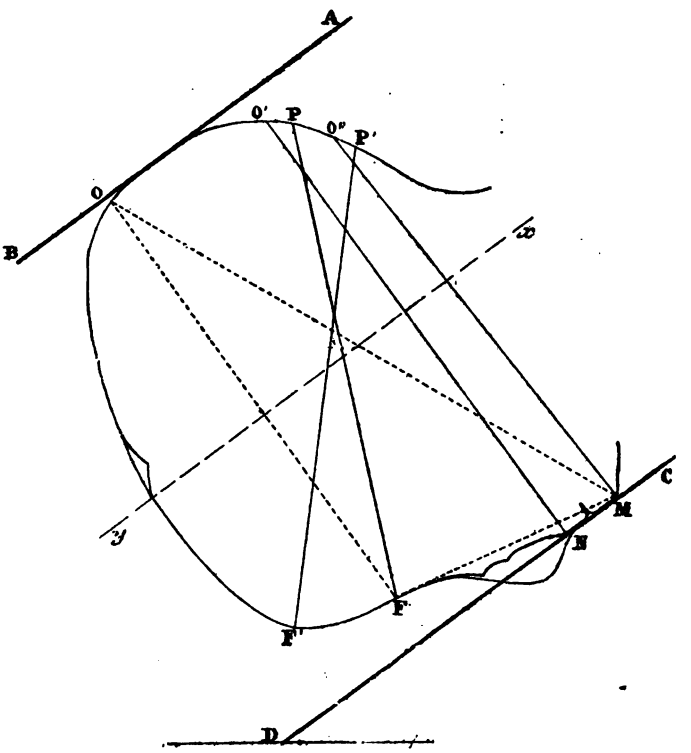


FIG. 4.

tre occipito-mentonnier n'est évidemment pas très grande et se rapproche plus de l'horizontale que de la verticale.

Elle est telle, en tous cas, que la position de la tête diffère encore beaucoup de celle que l'on observe dans les présentations du sommet. Il suffit, d'ailleurs, que l'obliquité soit suffisante pour permettre au diamètre de pénétrer dans l'excavation. La tête descend dans l'excavation dans la position représentée dans la figure ci-jointe. Cette position est possible puisque le diamètre occipito-mentonnier pénètre obliquement. Et cette position nous rend absolument compte des parties senties par le doigt dans les présentations du front. La grande fontanelle occupe approximativement le centre de l'excavation, le front représente la partie la plus déclive. Les arcades orbitaires, les yeux, la racine du nez peuvent être atteints par le doigt; mais la bouche et le menton sont inaccessibles au toucher. Telles sont bien les conditions nécessaires pour constituer une présentation du front telle qu'on l'observe en clinique. Nous avons représenté le bassin ABCD avec son inclinaison pour rendre compte d'une illusion trompeuse. L'occiput, en effet, tout en étant situé plus bas que le menton de la distance OO'' semble toutefois occuper une position plus élevée que l'extrémité mentonnière, car lorsqu'on dit qu'un point est plus élevé qu'un autre on a l'habitude d'apprécier ces positions relatives comme si la femme était debout.

Dans cette position, la descente quoique difficile est possible et le dégagement peut s'effectuer sans que le diamètre occipito-mentonnier ait à basculer dans l'excavation et sans que les deux descentes de M. Blanc, descentes qu'on n'a jamais observées, soient nécessaires pour permettre le dégagement. La deuxième descente de M. Blanc n'est, d'ailleurs, pas autre chose que celle que nous admettons.

Dans la discussion que nous venons de faire, nous avons parlé du diamètre occipito-mentonnier en appelant occiput et menton les extrémités de ce diamètre. Si nous avons adopté ces dénominations c'est pour conserver les expressions des auteurs dont nous discutions les opinions. Il est bien évident que, dans la réalité des faits, c'est du diamètre

maximum qu'il s'agit toutes les fois qu'il est parlé du diamètre occipito-mentonnier. Or ce diamètre maximum a une de ses extrémités au menton, mais son autre extrémité n'est pas représentée par la pointe de l'occiput ; elle siège en un point variable qui est presque toujours situé sur la suture sagittale entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure. C'est ce diamètre maximum qui est dans l'impossibilité de s'engager parallèlement au plan du détroit supérieur, c'est lui qui est obligé de s'insinuer obliquement dans l'excavation ; c'est lui que Mangiagalli veut faire descendre avec son extrémité mentonnière en bas et que nous voulons faire descendre avec son extrémité mentonnière en haut. La question de mécanique est la même si l'on substitue, dans la discussion, le terme diamètre maximum à celui de diamètre occipito-mentonnier. Il sera toutefois plus rigoureusement vrai de dire que, dans l'engagement des présentations du front, c'est le diamètre maximum qui s'insinue dans le cylindre pelvien avec une obliquité telle que l'extrémité mentonnière pénètre la dernière.

Si nous faisons cette modification aux faits que nous avons exposés dans la première partie du travail c'est qu'il a son importance au point de vue des choses qu'il nous reste à étudier.

Les présentations du front, si on accepte le mode d'engagement et de descente que nous avons décrit, se rapprochent donc davantage des présentations du sommet que des présentations de la face. La tête en s'engageant par le front pourra présenter peut-être une flexion ou une déflexion plus ou moins marquée suivant les cas ; mais une limite séparera toujours cette présentation de celle de la face, et cette limite est constituée par le diamètre maximum qui, pour les présentations de la face, fait pénétrer son extrémité mentonnière la première, tandis que pour les présentations du front, l'extrémité occipitale du même diamètre s'engage avant le menton. D'après cette manière de voir, les transformations de front en face et de face en front pourront bien s'observer au-des-

sus du détroit supérieur, c'est-à-dire avant tout engagement, mais elles ne pourront pas se produire dans l'excavation car elles nécessiteraient la bascule *in situ* du diamètre maximum; ou du moins, si pareilles transformations se produisent ce n'est qu'avec des têtes très petites, très molles et très réductibles évoluant dans un grand bassin. Les transformations du front en face étant considérées comme impossibles, sauf dans les cas de têtes molles, il est évident que ce changement ne devra pas être tenté par l'accoucheur. Il est bien entendu que si une tête située au-dessus du détroit supérieur se présentait comme un front, avant que l'engagement fût effectué, on aurait absolument le droit de chercher à corriger cette présentation.

Nous venons de voir quelle est la limite qui différencie les présentations du front de celles de la face, voyons maintenant ce qui les sépare de celles du sommet. La différence est constituée par la position du diamètre occipito-frontal maximum dans l'une et dans l'autre présentation. Mais il importe de préciser la définition et de dire exactement de quel diamètre nous parlons. Si l'on considère la tête avant toute modification de forme, on voit que le diamètre FP (fig. 4), qui relie la racine du nez à la pointe de l'occiput, est à peu près le plus grand des diamètres qui passent par le front; toutefois, un diamètre qui aboutit en arrière un peu au-dessous de la pointe de l'occiput, est un peu plus grand que le précédent de quelques millimètres. On peut encore considérer un autre diamètre F' P' allant du point le plus élevé du front à un point sous-occipital encore plus reculé que le point P, diamètre que l'on pourrait appeler sus-fronto-sous-occipital. Tous ces diamètres sont à peu près de 12 centimètres sur une tête moyenne, c'est-à-dire qu'ils sont de ceux qui peuvent à la rigueur basculer, mais qui ne basculent pas facilement dans l'excavation. Or, *dans la présentation du front, tous ces diamètres pénètrent obliquement dans le bassin en engageant leur extrémité frontale la première, tandis que dans les présentations du sommet, c'est leur extrémité occipitale qui descend tout d'abord.*

Pour passer de la présentation du front à celle du sommet, il faudrait donc que le plus grand des diamètres occipito-frontaux basculât dans l'excavation, ce qu'il peut faire à la rigueur, mais avec difficulté.

Si l'on considère la tête au début du travail en présentation du front, on voit donc que sa transformation en sommet ne serait pas mécaniquement impossible ; mais la tête subit rapidement des phénomènes de déformation et de modelage qui modifient plus ou moins quelques-uns de ses diamètres. Tandis que les diamètres qui, du menton ou du maxillaire supérieur, vont à la région sus-occipitale, sont diminués, on voit au contraire s'allonger les diamètres qui vont du front à l'occiput ou au sous-occiput. Le diamètre le plus important est à ce moment constitué par la ligne F' O' (fig. 7) qui va du point le plus élevé du front à un point de l'occiput situé en arrière de la petite fontanelle. Cette distance devient longue de 13 centimètres environ et constitue le plus grand diamètre de la tête fœtale. Ce diamètre maximum ne peut basculer dans l'excavation ; il empêche donc, d'une manière absolue, la transformation d'une présentation du front en présentation du sommet.

Nous voyons donc que si l'on considère la tête en présentation du front, et n'ayant pas subi de phénomènes plastiques qui la déforment, sa position est plus différente des présentations de la face que des présentations du sommet; mais si on considère la tête modifiée et déformée (de telle façon que le diamètre mento-sincipital est diminué, tandis que le diamètre sous-occipito-frontal est augmenté), sa position est plus différente des présentations du sommet que de celles de la face.

L'axe de la présentation, c'est-à-dire l'axe de la tête, qui, pendant l'engagement et la descente, vient se confondre avec l'axe de l'excavation, est représenté par une ligne allant du trou occipital à la partie antérieure de la grande fontanelle; les plans d'engagement, c'est-à-dire les plans de section de la tête qui viendront successivement se mettre en rapport

avec le détroit supérieur, sont évidemment perpendiculaires à cet axe; ils seront représentés par les circonférences fronto-sous-occipitale, naso-occipitale et mento-sous-occipitale. Les grands diamètres de ces circonférences sont à peu près égaux entre eux et ne dépassent guère 12 centimètres si on les considère sur une tête qui n'a pas été déformée. L'extrémité postérieure de ces diamètres correspond à la partie la plus reculée de la suture sagittale et à la région de la petite fontanelle, c'est-à-dire à la région du crâne la plus susceptible de se modifier par les pressions. Ces diamètres successifs, étant à peu près égaux entre eux avant le modelage, sont égalisés encore par les phénomènes plastiques, il en résulte la constitution sur la tête fœtale d'un cylindre de 3 ou 4 centimètres de hauteur que M. le professeur Fochier (1) a bien décrit. Nous renvoyons le lecteur aux leçons de ce maître, qui a bien montré l'importance de ce cylindre relativement à la descente et à la rotation dans les présentations du front.

Quant au dégagement dont nous avons plus haut rappelé le mode particulier, il présente, en effet, des difficultés plus grandes que dans les présentations du front ou du sommet, car les diamètres naso-sincipital, naso-occipital sont plus grands que les diamètres sous-occipitaux dégagés dans les présentations du sommet et que les diamètres trachéliques dégagés dans les présentations de la face.

Nous avons rappelé au début de ce travail le mécanisme du dégagement en front. Ce mécanisme ressemble, à certains points de vue, à celui que l'on observe dans les positions occipito-sacrées du sommet; dans ce dernier cas, en effet, l'encoche naso-frontale, venant appuyer sous la symphyse, l'occiput se dégage premier à la commissure postérieure de la vulve par un mouvement de flexion exagéré; ultérieurement, par un mouvement de déflexion, la face puis le menton

(1) *Province médicale*, juillet 1890.

apparaissent sous la symphyse. Il semble que la similitude soit complète avec le dégagement du front. Mais il existe des différences que nous devons signaler. Dans les sommets en position occipito-sacrée, la descente se fait dans une attitude de flexion très prononcée; cette descente doit être très profonde et l'occiput doit refouler et faire bomber d'une manière très prononcée le périnée postérieur; dans ce cas, l'occiput se trouve situé, avant et pendant le dégagement, notablement plus bas que le front. Dans les présentations du front, au contraire, la descente se fait moins profonde; au moment où va commencer le mouvement de flexion du dégagement, l'occiput se trouve situé notablement plus haut que le front, d'autant plus que les phénomènes plastiques ont exagéré la longueur du diamètre occipito-frontal.

« Le point de la présentation le plus proéminent en arrière, « dit M. Fochier (la protubérence occipitale externe), ne « distend pas encore le périnée postérieur au début du déga- « gement comme dans le sommet. »

On verra dans un chapitre ultérieur le dégagement tout particulier et plus favorable qui se produit lorsque la bouche du fœtus est ouverte.

II. — Déformations de la tête dans les accouchements par le front.

En discutant le mode de pénétration de la tête dans l'excavation nous sommes arrivés à conclure que le diamètre maximum s'insinuait obliquement et que son extrémité postérieure descendait avant son extrémité mentionnière; nous avons basé cette conclusion sur une série de considérations de mécanique obstétricale et sans tenir compte d'une condition qui a pourtant une grande importance, nous voulons parler des phénomènes plastiques qui viennent modifier la forme de la tête. Ce modelage de la tête pendant l'accouchement mérite de nous arrêter maintenant; il a, en effet, une importance puisqu'il modifie notablement l'importance de certains diamètres. Ces phénomènes plastiques ont

frappé l'attention de presque tous les observateurs. Quelques auteurs ont même été conduits à penser que les modifications des divers diamètres de la tête rendaient absolument futile toute discussion sur la manière dont ces diamètres se comportaient à leur passage.

M. Auvard (1), par exemple, pense que grâce au modelage de la tête, le diamètre maximum peut pénétrer dans l'excavation en engageant indifféremment la première son extrémité mentonnière ou son extrémité occipitale.

M. Fochier (2) s'exprime d'une manière fort analogue : « Il est singulier, dit-il, de voir les auteurs s'escrimer pour « expliquer la progression du diamètre occipito-mentonnier ; « admettre des oscillations du diamètre qui n'existe pas, ou « qui n'existe plus, puisque dans la présentation du front, « ses dimensions sont supprimées par la déformation de ses « deux extrémités. »

Il ne nous viendra pas à l'esprit de nier les déformations de la tête observées par tous les auteurs dans les présentations du front ; nous ne songeons pas davantage à nier la modification des diamètres céphaliques et spécialement la réduction du diamètre maximum sur lequel les auteurs et nous après eux, avons longuement discuté. Mais nous pensons que les déformations n'enlèvent rien de leur valeur aux arguments que nous avons invoqués pour expliquer l'attitude de la tête au moment de son engagement et pendant sa descente.

Faisons remarquer tout d'abord que, en admettant l'engagement que nous avons décrit, l'accouchement peut se faire dans un bassin normal sans exiger théoriquement une déformation bien prononcée de la tête, puisque le diamètre maximum s'est engagé obliquement et puisque d'après notre exposé, ce diamètre n'est point obligé à basculer dans l'ex-

---

(1) *Travaux d'obstétrique*, t. III, 1889.
(2) *Province médicale*, 28 juillet 1889.

cavation pour se dégager suivant le mode particulier aux présentations du front.

De ce que cette descente est possible sans exiger des déformations de la tête, faut-il conclure que ces déformations ne se produiront pas ? Évidemment non. En effet, nous savons que, même dans les présentations de la face et du sommet, on observe des déformations caractéristiques de la tête. Or, dans ces présentations les déformations ne sont évidemment pas dues à la résistance du détroit supérieur ou de l'excavation, du bassin osseux en un mot ; la circonférence sous-occipito-bregmatique, dont le plus grand diamètre est de 10 cent. à 10 cent. 1/2, représente la plus grande circonférence de la tête en présentation du sommet ; elle peut évoluer sans difficulté dans l'excavation et au détroit supérieur ; et pourtant une tête qui se présente subit ainsi des modifications de forme. Ces modifications sont dues à la résistance des parties molles représentées par le segment inférieur de l'utérus, le col utérin, le plancher périnéal, la vulve. Cette résistance des parties molles est plus grande chez les primipares, le travail s'en trouve retardé et les déformations de la tête sont plus accentuées que chez les multipares.

Nous savons donc que les déformations s'observent même avec une attitude de la tête telle que le bassin osseux n'offre aucune résistance.

Quoi d'étonnant alors à ce que, dans les présentations du front, on observe des déformations, même si l'on constatait que le bassin osseux n'a pas été obligé de les produire.

De ce que dans une attitude donnée de la tête certains diamètres se déforment, faut-il conclure que cette attitude n'existait pas ? Évidemment non. *Nous pensons* même *que l'attitude de la tête, c'est-à-dire le degré précis de sa déflexion dans les présentations du front, légitimera des déformations déterminées et que ces déformations seraient autres dans une attitude différente.*

Les modifications de forme de la tête pourront se faire soit au moment de l'engagement, soit au moment du dégagement.

Celles qui se feront au moment du dégagement auront pour agent exclusif le périnée, c'est-à-dire les parties molles; celles qui se feront au moment de l'engagement ou pendant la descente pourront avoir pour agent la résistance du bassin lui-même et la résistance de certaines parties molles représentées surtout par le col utérin et le segment inférieur de l'utérus.

Il est difficile de faire la part, sur une tête expulsée avec des déformations, des causes diverses qui ont pu influer sur ces changements de forme.

On peut dire, toutefois, que les résistances apportées par le bassin osseux lui-même au moment de l'engagement ne pourront agir que sur des diamètres de plus de 12 cent. et que ces résistances ne pourront pas réduire ces diamètres à plus de 12 centimètres. Il semblerait d'après cette considération que la plus grande part des déformations devraient être rapportées au temps du dégagement.

S'il en est ainsi, et si les modifications de forme ont pris naissance aussi tard, c'est-à-dire, après la descente, tous les raisonnements que nous avons appliqués à l'obliquité du diamètre maximum, garderaient toute leur valeur ; à ceux qui nous objecteraient la diminution de longueur du diamètre maximum, nous pourrions répondre que ces diamètres n'ont perdu leur longueur et leur importance qu'au moment du dégagement, mais qu'ils n'étaient pas modifiés au moment de l'engagement et pendant la descente et que, par conséquent, ils ne pouvaient pas basculer d'une manière indifférente dans l'excavation.

Mais ce procédé de raisonnement ne serait pas parfaitement légitime, car nous pensons que le bassin osseux doublé des parties molles peut opposer une résistance à des diamètres inférieurs à 12 et que, par conséquent, des déformations pourront se produire au moment de l'engagement et pendant la descente.

Nous croyons, toutefois, que les déformations qui se constituent au moment de l'engagement ne permettent pas de

dire que l'attitude de la tête est indifférente, que l'importance du diamètre maximum ou de l'occipito-mentonnier ne mérite aucune considération. En effet, le diamètre maximum ne peut s'engager et par conséquent *ne peut pas être directement modifié au moment de l'engagement*, s'il subit une réduction, ce n'est qu'indirectement et *ces déformations indirectes n'enlèvent pas sa valeur à l'obliquité du diamètre maximum au moment où il pénètre dans l'excavation.*

Pour être plus précis ou plus clair supposons (fig. 5) la tête

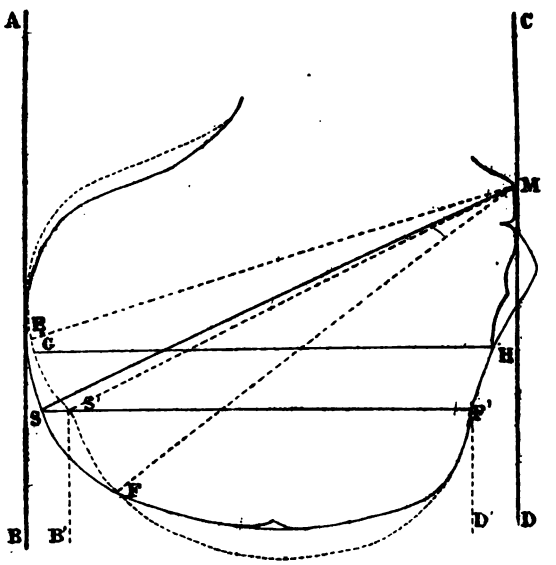


FIG. 5.

normale pénétrant dans un bassin ABCD, dans l'attitude que nous avons décrite, avec son diamètre maximum oblique et le point sincipital S descendant avec le menton M. Supposons maintenant que la tête ait à subir une résistance de la part du bassin ; les choses se passeront comme si elle avait à descendre dans un bassin plus petit, dans le bassin S'B'F'D' par exemple.

Les résistances agiront tout d'abord sur le diamètre sincipito-frontal SF et le réduiront à la dimension S'F. De ce fait, le point S étant venu en S', le diamètre maximum SM sera devenu S'M, c'est-à-dire, aura été réduit, mais indirectement. A ce moment, des déformations de la tête lui auront donné une forme nouvelle représentée en pointillé. Eh bien, la tête pourra-t-elle profiter de la réduction de son diamètre maximum pour modifier son attitude, pour se défléchir par exemple ? Non, évidemment, car les déformations de la tête auront créé deux nouveaux diamètres ME et MF, plus grands qu MS' et l'on comprend que le diamètre MF s'opposera tout aussi bien que le diamètre maximum primitif à la déflexion de la tête qui descend. Lorsque, ultérieurement, le diamètre GH s'engagera grâce à une déformation nouvelle, le même raisonnement sera applicable et nous pourrons dire encore que la tête déformée est obligée de garder son attitude. Ainsi la tête s'engagera subissant progressivement des déformations, modifiant et réduisant ses diamètres primitifs, mais constituant à chaque temps de sa déformation des diamètres nouveaux qui maintiendront le degré de déflexion qu'elle avait au début.

Des déformations de la tête résultera la constitution d'un cylindre engagé dans le cylindre pelvien et l'on comprend que cette disposition s'opposera à toute modification de la présentation soit dans le sens de la flexion, soit dans le sens de la déflexion.

En tous cas l'extrémité sincipitale du diamètre maximum s'est engagée la première et malgré les déformations successives subies par ce diamètre, cette extrémité sincipitale d'un diamètre réduit sera toujours (pendant l'engagement et la descente) située plus bas que l'extrémité mentonnière.

Comment va se déformer la tête pendant son engagement et sa descente ? Les pressions qu'elle aura subies seront dirigées perpendiculairement à l'axe de la présentation par une série de forces concentriques (forces qui ne sont que la résistance des parois pelviennes à l'effort utérin). Ces forces

auront pour effet de rapprocher le front du sinciput, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur de la région occipitale, et comme les parties postérieures du crâne sont les plus facilement réductibles il en résultera un aplatissement de la région sincipitale et de la partie supérieure de l'occipital. En même temps que les diamètres susindiqués se réduiront, la tête augmentera ses dimensions dans un sens perpendiculaire aux compressions, c'est-à-dire dans le sens de l'axe de la présentation ; le front bombera d'une manière exagérée et la partie postérieure de l'occiput sera rejetée en arrière. Les déformations ainsi déduites théoriquement du mode d'engagement et de descente que nous avons décrit, sont bien en réalité celles que nous a révélées la clinique, ce dont il est facile de se convaincre en jetant les yeux sur un des nombreux dessins qu'on a donnés des têtes venues en présentation du front.

Bien que la tête ait subi diverses modifications de forme pendant l'engagement et la descente, elle en subira de nouvelles au moment du dégagement. A ce moment, les forces qui produiront des déformations agiront successivement sur le front, le sinciput, l'occiput et le sous-occiput et tendront à rapprocher ces différents points du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, c'est-à-dire du centre de rotation du dégagement. Ces forces déformantes ne sont pas tout à fait identiques à celles qui ont agi pendant l'engagement et la descente, mais en somme elles n'en diffèrent pas très sensiblement.

Nous dirons à nouveau qu'il est difficile de faire la part des déformations qui se sont produites pendant l'engagement et de celles qui se sont faites au moment du dégagement. On ne peut pas savoir quelles sont celles qui ont été le plus importantes. Nous pensons toutefois que les phénomènes de modelage sont plus prononcés pendant le dégagement et nous basons notre opinion sur un fait clinique observé par nous. Il s'agit d'une femme multipare qui eut un accouchement par le front. La poche des eaux s'étant rom-

pue tardivement, la descente s'effectua assez rapidement (moins de 3 heures); le travail s'étant alors arrêté, nous fîmes le dégagement au forceps, suivant le mécanisme classique, c'est-à-dire en produisant une flexion de la tête autour du maxillaire supérieur appliqué sous la symphyse. Or dans ce cas, il s'agissait d'un enfant bien développé, dont la tête n'était nullement molle et les déformations du crâne étaient presque nulles. Nous pensons que le modelage classique était peu marqué en raison de la descente et du dégagement rapides, c'est-à-dire parce que les parties molles n'avaient pas agi assez longtemps, pour déformer la tête. Toutefois, comme il s'agissait d'un accouchement dans un grand bassin, nous ne voudrions pas trop généraliser notre conclusion et nous admettons qu'une partie des déformations se font pendant l'engagement.

Si on admettait la descente de Mangiagalli, la résistance des parois pelviennes agissant tout d'abord sur le menton descendu premier, aurait comme effet de le repousser vers le centre de l'excavation, d'exagérer la déflexion de la tête et d'accentuer encore la présentation de la face.

Dans les présentations du sommet en position occipito-sacrée, on voit que la descente se faisant en flexion exagérée, la résistance du bassin en diminuant certains diamètres, aura comme résultat d'allonger le diamètre longitudinal de la présentation, c'est-à-dire l'occipito-mentonnier. Cette déformation diffère donc essentiellement de celle que l'on observe dans les présentations du front.

L'accouchemeut par le front se fait donc avec un mécanisme spécial et grâce à des déformations spéciales. L'ovoïde crânien présentait primitivement un pôle mentonnier et un pôle occipital. Grâce aux phénomènes plastiques, le menton se rapprochera de l'occiput et la forme de la tête sera représentée par un nouvel ovoïde dont les pôles seront le front et le sous-occiput.

Le degré des déformations nécessitées, sera influencé par la durée du travail; il le sera surtout par les rapports de dimension de la tête et du bassin.

« Aussi serait-ce une exagération que d'assigner aux pré-
« sentations du front, un rang d'égalité avec celles du som-
« met ou de la face. Ces dernières, en effet, peuvent être
« observées avec des têtes quelconques, et dans des bassins
« quelconques, tandis que le mécanisme spécial des accou-
« chements par le front, ne pourra être réalisé que dans des
« conditions spéciales ; il exige certaines dimensions du
« bassin et de la tête, et surtout une plasticité particulière
« de cette tête. Ces conditions doivent se trouver réunies.
« Des relations spéciales entre ces trois facteurs sont abso-
« lument nécessaires. » (Professeur PINARD. *Communic. orale.*)

III. — De l'ouverture de la bouche du fœtus dans les accouchements par le front.

Nous voulons maintenant appeler l'attention sur un phénomène très particulier qui se produit quelquefois, *souvent peut-être*, et qui, à notre avis, modifie sensiblement les conditions mécaniques de l'accouchement par le front, nous voulons parler de l'ouverture de la bouche du fœtus et de l'élevation du menton.

Cette ouverture de la bouche a été observée cliniquement, et nous avons constaté, en outre, qu'elle se produisait fréquemment dans les tentatives expérimentales.

Parlons d'abord des faits cliniques.

Dans une des observations rapportées par M. Fochier dans son mémoire, le dégagement se fit d'une manière toute particulière : « Le point fixe, le point autour duquel se fit la ro-
« tation caractéristique du dégagement se trouva intra-
« buccal, l'enfant semblait mordre la symphyse du pubis...,
« le menton se dégagea le dernier. »

Dans ce cas, l'ouverture de la bouche fut constatée avec la plus grande évidence ; il nous semble incontestable que cette ouverture n'a pas pu se produire pendant la descente ou au moment du dégagement, mais qu'elle a dû se faire plus tôt et au moment même de l'engagement.

Remarquons que la tête de l'enfant présentait après la naissance des caractères particuliers qui rappelaient le mode particulier du dégagement: la lèvre et le maxillaire inférieurs étaient refoulés en arrière, la bouche se maintenait un peu ouverte, le cou paraissait continuer le menton.

Dans le mémoire d'Henricius, une figure représente les déformations caractéristiques de la tête venue en front, or nous pouvons précisément remarquer sur cette figure l'ouverture de la bouche et l'abaissement du menton ; il n'est pas possible d'admettre que cette attitude du menton ait été représentée ainsi par hasard ; il est plus logique d'admettre que dans ce cas, comme dans celui de M. Fochier, l'ouverture de la bouche s'était produite pendant l'accouchement et que l'enfant avait conservé immédiatement après sa naissance une attitude de la bouche, acquise pendant l'accouchement.

D'ailleurs Henricius signale incidemment dans son mémoire la possibilité de cette ouverture de la bouche, mais sans insister en aucune façon sur ce problème et sans en montrer les conséquences.

Dans l'observation si intéressante et si complète rapportée par M. Budin dans sa thèse, il nous semble que les mêmes choses se sont produites et même que le changement de position du menton a été constaté au moment de l'engagement. Nous rapportons les principaux passages de cette observation :

« Après la rupture de la poche des eaux, la partie fœtale « est très élevée. On arrive sur la *fontanelle antérieure qui « est juste au centre du bassin*, la suture sagittale est placée « tout à fait transversalement. En la suivant on arrive à « gauche sur le front qui est à l'extrémité transversale du « détroit supérieur. On peut même, en enfonçant la main, « atteindre l'arcade sourcilière et la racine du nez. — Les « douleurs étant devenues assez vives à 3 h. 40, on trouva « *la fontanelle antérieure, non plus au centre du bassin, « mais rapprochée du bord droit du détroit supérieur ; le*

« *front est donc au centre du bassin.* A gauche, on trouve « le nez et l'on arrive jusqu'à l'arcade alvéolaire du maxil- « laire supérieur. La suture frontale est encore placée trans- « versalement, *le menton restant toujours au-dessus du* « *bord gauche du détroit supérieur.* »

Plus loin, à propos du dégagement :

« Le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est appliqué « sous le bord inférieur de la symphyse. Le vertex, puis « l'occiput se dégagent au-devant de la commissure antè- « rieure du périnée. Cela fait, la tête s'abaisse et le maxil- « laire inférieur qui était resté derrière la symphyse pel- « vienne sort à son tour.

« *L'enfant, pourrait-on dire, mordait la symphyse.* »

Voilà donc des observations cliniques qui montrent la possibilité du dégagement et probablement de l'engagement de la tête, la bouche étant ouverte.

Nous pouvons ajouter qu'en expérimentant sur le mannequin au moyen d'une tête de fœtus nous avons constaté que ce même phénomène se produisait facilement et souvent. A en juger par l'expérimentation, nous tendrions à croire que cet écartement du maxillaire est fréquent. Il est fort possible qu'il se produise souvent aussi en clinique, mais qu'il passe inaperçu. En effet, le dégagement par rotation de la tête autour d'un point intra-buccal est exceptionnel ; le point de rotation autour duquel se fléchit la tête pour se dégager est habituellement le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur ; dès lors, *l'ouverture de la bouche, quand même elle existerait, serait impossible à constater. Peut être, si l'on exagérait la descente avant de faire le dégagement, constaterait-on plus souvent cette ouverture de la bouche et un dégagement semblable à celui qu'ont conseillé M. Fochier et M. Budin.*

Faisons remarquer, immédiatement, que cette ouverture de la bouche élève notablement le niveau du menton dans la présentation du front et que cette élévation est un argument en faveur de l'idée que nous avons soutenue sur l'obliquité

du diamètre maximum, dont l'extrémité occipitale ou sincipitale s'engage avant l'extrémité mentonnière.

En étudiant sur les têtes de fœtus l'ouverture de la bouche, nous avons constaté que cet écartement des mâchoires atteignait un degré vraiment considérable ; le maxillaire inférieur devient presque vertical et vient s'appliquer contre la colonne cervicale ; l'écartement peut atteindre 5 centimètres et on peut immédiatement prévoir que les diamètres qui partent du menton seront sensiblement modifiés par cette position nouvelle. Nous avons dessiné d'après des empreintes les modifications apportées à la forme de la face par l'ouverture forcée de la bouche.

Étudions maintenant d'une manière analytique les modifications que ce mouvement de la mâchoire peut apporter à la présentation et à la descente.

La première conséquence consistera dans la possibilité d'un certain degré de déflexion ; le maxillaire supérieur, n'étant plus solidaire du maxillaire inférieur, pourra s'abaisser davantage. Les parties accessibles au toucher seront modifiées par ce fait dans leur position ; on verra le front (fig. 6) se rapprocher du centre de l'excavation et du même fait, la grande fontanelle quitter sa position centrale pour se rapprocher de la périphérie. Ces changements sont évidents dans l'observation de M. Budin. Au début du travail, en effet, la grande fontanelle est notée comme occupant juste le centre du bassin ; plus tard, quand l'ouverture de la bouche s'est produite, la grande fontanelle se rapproche du bord du détroit supérieur et le front est au centre du bassin ; à ce moment, *le menton est senti au-dessus du bord du détroit supérieur.* L'ouverture de la bouche s'est donc produite au moment de l'engagement. Il est remarquable que ce fait et ses conséquences soient aussi bien indiqués dans une observation dont l'auteur n'avait nullement en vue les idées que nous soutenons aujourd'hui.

Par le fait de la déflexion légère qui se produit, l'extrémité sincipitale du diamètre maximum se trouve relevée ;

mais comme l'extrémité mentonnière est également relevée par le mouvement de la mâchoire, l'obliquité du diamètre reste approximativement semblable à ce qu'elle était primitivement. On peut constater en même temps que ce diamètre maximum M S' se trouve un peu diminué par la position nouvelle du menton ; il n'a plus que 125 millimètres au lieu de 130. On verra, en outre, que l'extrémité sincipitale du diamètre maximum se trouve reportée un peu plus en avant ; tandis que le diamètre maximum, la bouche étant fermée, était représenté par la ligne M S, il se trouve, la bouche étant ouverte, représenté par la ligne M' S'. Les plus grands diamètres de la présentation se trouvant, en somme, réduits, l'engagement se fera avec plus de facilité.

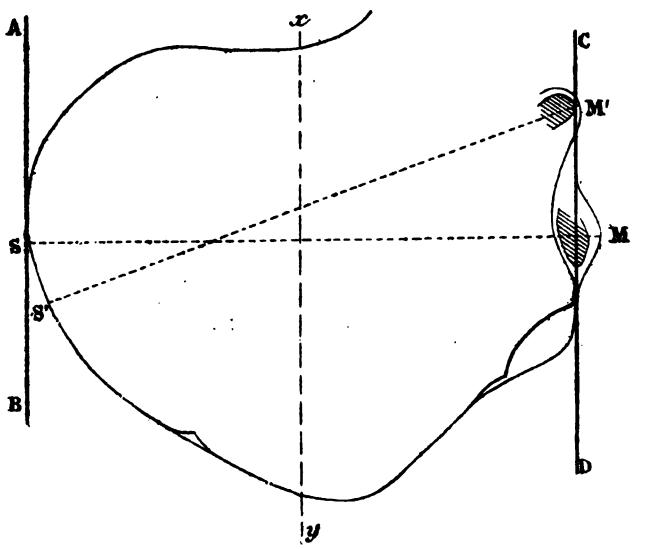


FIG. 6.

La déflexion rendra plus facilement accessible les yeux et le nez ; mais le menton ne sera nullement perçu ; la grande fontanelle, rejetée en une position plus périphérique, sera toujours accessible ; la petite fontanelle sera plus encore en dehors de la portée du doigt explorateur.

L'axe de la présentation sera modifié par la position nouvelle ; tandis qu'il était représenté avant l'ouverture de la bouche par une ligne allant du trou occipital à l'extrémité antérieure de la grande fontanelle (*xy*, fig. 4), il sera représenté maintenant par la ligne (*xy*, fig. 6), allant du sous-occiput en un point situé plus près des bosses frontales que de la fontanelle antérieure. Les plans de la présentation étant perpendiculaires aux axes dont nous venons de parler seront également modifiés légèrement et couperont la tête suivant des circonférences un peu différentes suivant que la bouche sera ouverte ou fermée.

Les phénomènes plastiques seront également modifiés légèrement puisque la tête ne sera pas comprimée tout à fait dans la même direction.

Si nous prenons la tête dessinée par M. Budin immédiatement après un accouchement par le front et si nous ajoutons à ce dessin le tracé de la mâchoire inférieure écartée (fig. 7), nous verrons que les plus grands diamètres de la présentation sont représentés par les distances naso-sincipitale et mento-sous-occipitale. Ces distances sont à peu près égales entre elles et sont inférieures à 11 centimètres. Entre ces deux diamètres s'en trouvent toute une série qui sont à peu près de dimension semblable de telle façon que la partie engagée est représentée par un cylindre étendu entre les deux plans perpendiculaires à l'axe de la présentation et passant l'un par le menton, l'autre par le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur.

Nous pouvons dire dès à présent que le dégagement sera modifié, lui aussi, et qu'il sera facilité. Les diamètres céphaliques qui viendront successivement se mettre en rapport avec le diamètre coccy-pelvien seront en effet représentés par les diamètres bucco-sincipital, bucco-occipital et bucco-sous-occipital, lesquels sont évidemment inférieurs aux diamètres analogues naso-sincipital, naso-occipital et naso-sous-occipital.

La variété de présentation du front avec ouverture de la

bouche se rapproche un peu plus de l'attitude de la tête en présentation de la face, mais diffère d'une manière frappante des présentations du sommet en position occipito-sacrée.

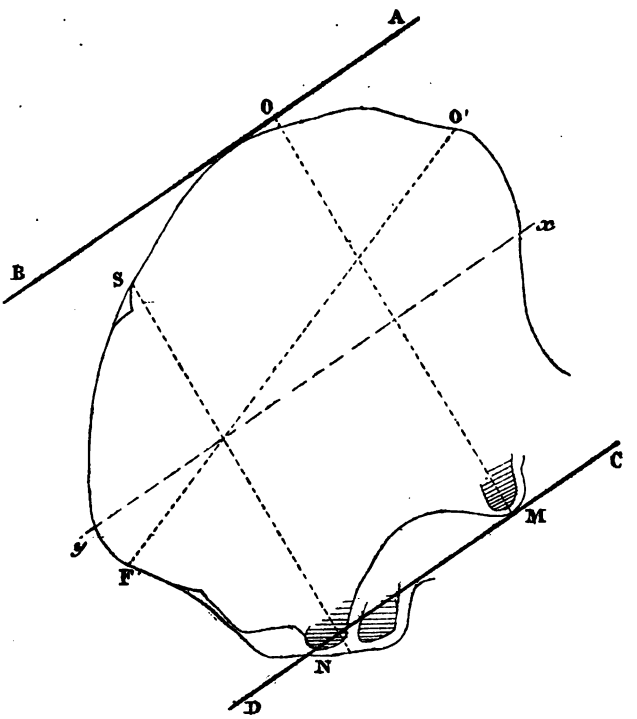


Fig. 7.

Si nous avons insisté aussi longuement sur les modifications apportées aux accouchements en présentation du front par l'ouverture de la bouche, c'est parce que nous pensons que ce phénomène n'est pas rare; c'est aussi parce que ces modifications rendent compte de quelques-unes des divergences que l'on peut constater dans les observations.

DE LA VENTROFIXATION DE L'UTÉRUS PROLABÉ

Par **Otto Engstrom** (de l'Université d'Helsingfors).

Communication faite à la Société de gynécologie anglaise (10 décembre 1891).

Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

Un utérus prolabé est l'origine de troubles multiples et de grandes souffrances. Aussi, a-t-on, entre temps, proposé et mis en œuvre bon nombre de moyens chirurgicaux ou non chirurgicaux. Dans le but de supprimer ou, tout au moins, de diminuer ces accidents. Mais, le fait est bien connu, les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants et on n'a pas obtenu une guérison définitive du déplacement en question.

Parmi les moyens qui, dans ces dernières années, et dans certains cas de prolapsus de l'utérus, ont été employés, il me semble que la fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure offre certaines garanties pour la guérison définitive du déplacement.

Il est inutile d'entrer dans des explications détaillées. Beaucoup de chirurgiens ont suivi l'exemple de Koeberlé. Cet opérateur avait réussi à guérir d'une façon définitive une rétroflexion de l'utérus compliquée de tumeur ovarique, et cela, en fixant, après ablation de la tumeur, le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Or, après lui, ses imitateurs s'appliquèrent, à l'occasion de laparotomies faites pour répondre à d'autres indications, à combattre par des procédés analogues des déplacements concomitants de la matrice.

La question toutefois peut être abandonnée, jusqu'à ce qu'Olshausen (1), au congrès des naturalistes tenu à Berlin

(1) R. OLSHAUSEN. Ueber ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio Uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1886, n° 13.

en 1886, la reprit. Il relata, à cette époque, deux cas dans lesquels il avait fait la laparotomie pour traiter exclusivement des déplacements de l'utérus, et suturé à la paroi abdominale dans le premier cas un utérus en rétroversion, dans l'autre un utérus prolabé. Le résultat de l'opération parut tout d'abord être satisfaisant, mais, plus tard, le prolapsus récidiva.

Depuis, ce procédé opératoire jouit d'une vogue réelle, et des observations multiples démontrent qu'il est entré dans la gynécologie moderne. Dans la plupart des cas, cependant, semblable ventrofixation de l'utérus a été pratiquée après des laparotomies faites pour d'autres raisons, et consécutivement à l'extirpation des ovaires ou des trompes.

Parmi les gynécologistes qui ont pratiqué l'hystéropexie, nous citerons : Assaky (1), P. Muller (2), F. Terrier (3), O. Küstner (4), L. Kleinwächter (5). Or, le nombre des opérations faites jusqu'à ce jour n'est pas considérable, et les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants.

Obs. I. — ... 48 ans, IIpare, deux accouchements à terme, terminés par la naissance de 2 enfants vivants, le dernier accouchement a eu lieu 14 années auparavant. Six heures seulement après ce second accouchement, la femme quitta le lit, et fit un effort qui fut suivi de la procidence, à travers les parties génitales externes, de la matrice, qui y forma une tumeur du volume environ d'un œuf. A

---

(1) Assaky. De l'hystéropexie extra-péritonéale. *Verhandl. d. X. internat. Med. Kongresses.* Berlin, 7-9 août 1890, Bd III, 8 Abth.

(2) A. Strelin. *Die ventrale Fixation als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri.* Dissert. inaug., Bern, 1890.

(3) F. Terrier. Fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure dans le traitement du prolapsus utérin. *Rev. de chirurg.*, 1889, n° 3.

(4) O. Kustner. Die Behandlung komplicirter Retroflexionen und Prolapse besonders durch ventrale operationen.

(5) L. Kleinwachter. Zur Frage der Ventrofixatio als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXI, 237. *Volkmann's Samml. klinisch. Vorträge.* Neue Folge, n° 9.

la suite, douleurs hypogastriques violentes et chute. Il fallut remettre la femme au lit, où elle resta un mois, et fut traitée par applications de sangsues autour de la vulve et par des injections vaginales. On essaya des pessaires, mais on dut y renoncer à cause des souffrances qu'ils provoquaient. Dès que la malade bougeait dans son lit, la matrice sortait ; depuis, prolapsus utérin qui s'accusa de plus en plus, et qui se compliqua de troubles et de difficultés de la miction, de la défécation, et de douleurs abdominales. Le coït devint à la longue impossible, et le prolapsus irréductible (décembre 1884). *Examen* le 9 juin 1885, utérus long de 14 cent. presque totalement prolabé et constituant avec le vagin complètement inversé, un corps en forme de boudin, épais de 9 cent. Par le cathétérisme, la matrice saigne un peu, elle est sensible, et ne peut être aisément réduite. Portion vaginale bleu rouge et assez épaisse. Autour de l'orifice externe, large ulcération, à bords nécrosés, sécrétion sanguino-purulente, fétide. Cystocèle accusée, rectocèle légère. Sensibilité très accusée au niveau de l'hypogastre. Vives douleurs durant les tentatives de réduction.

10 juin 1885. *Réduction*, après évacuation de la vessie et de l'intestin, et dans la position génu-pectorale, de l'utérus prolabé. Pas de réaction inflammatoire.

12 juin. *Curettage et amputation élevée du col*, pas de complications.

20 juin. *Colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie.* Réunion par première intention. Le 16 août la femme, en apparence, parfaitement guérie, retourne chez elle.

21 juin 1889. La femme se présente de nouveau et raconte que, peu après son arrivée chez elle, un incendie s'étant déclaré dans le voisinage, elle s'était fatiguée et livrée à des efforts assez violents, à l'occasion desquels la matrice était de nouveau descendue à la vulve, et qu'à la suite, elle avait ressenti de fortes douleurs dans le ventre, qu'elle avait eu de nouveau des troubles de la miction et de la défécation, et qu'il lui était impossible de se livrer à un travail quelque peu pénible. *Examen*. L'utérus mesurait 7 cent. était en antéflexion légère, complètement prolabé, et pouvait être facilement réduit, mais il retombait dès que la femme se levait. Col épais. Sécrétion utérine muco-purulente. Inversion complète de la paroi antérieure du vagin, presqne totale de la paroi postérieure. Cul-de-sac vaginal postérieur à deux centimètres environ

du plancher périnéal. Orifice vaginal large, périnée épais à peine d'un travers de doigt.

3 août 1889, *ventrofixation de l'utérus :* a) de chaque côté, fine ligature de soie comprenant le ligament rond et une petite portion du tissu utérin, une portion de la couche musculeuse de la paroi abdominale et ressortant à 2 cent. 1/2 environ de la plaie abdominale ; b) à droite et à gauche ligature de catgut, embrassant une mince couche de la face latérale de l'utérus et une portion correspondante de la paroi abdominale. Fermeture et suture de l'abdomen. Pansement avec de la gaze iodoformée et compression légère. Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

Suites opératoires presque apyrétiques. Le 20 août l'opérée quittait le lit. A l'heure actuelle, *deux années après l'opération, d'après les renseignements reçus, le prolapsus n'a pas récidivé.*

Obs. II. —... 50 ans, II pare, le dernier accouchement remonte à 13 années auparavant. 6 mois environ après la naissance du deuxième enfant, le prolapsus commença à s'accuser. Depuis, douleurs de plus en plus fortes dans le ventre et les lombes, qui graduellement finirent par rendre tout travail impossible. Cessation de la menstruation depuis environ deux ans, mais, à la moindre fatigue, hémorrhagie. Cavité utérine, 7 cent. Utérus en antéflexion normale, mais faisant sous la plus petite pression saillie à la vulve. Inversion complète de la paroi vaginale antérieure, et presque complète de la postérieure. Le prolapsus, de la grosseur environ du poing, se reproduit dès que la malade se lève.

Le 27 février 1890, *ventrofixation de l'utérus prolabé.* Trois fines sutures de soie sont passées à travers le tissu du fond de l'utérus, et les extrémités des fils embrassant le péritoine et la musculeuse de l'incision abdominale du même côté, toutes se trouvant dans la partie la plus inférieure de cette incision. Fermeture de la partie supérieure de la plaie abdominale au moyen de sutures profondes, après quoi on noue et sectionne les ligatures qui fixent l'utérus, et l'on complète la suture de la plaie de l'abdomen. Suites opératoires bonnes. Sous l'influence d'un rhume, reproduction d'un certain degré de prolapsus du vagin, bien que l'utérus reste fixé au-dessus du pubis. Le 14 mars, *colporrhaphie antérieure* et *périnéorrhaphie* (méthode de L. Tait). *Deux ans après environ, le fond de l'utérus était toujours au-dessus de la symphyse.*

Obs. III. —... 43 ans, 6 enfants vivants, le dernier accouchement 14 années auparavant. Au 1er accouchement, rupture du périnée, et durant les suites de couches, fort rhume. Deux mois après, à l'occasion d'un effort, saillie du vagin à la vulve et, graduellement, installation d'un prolapsus utérin. On dut à cause des douleurs provoquées, renoncer à l'emploi des pessaires. Les douleurs et les malaises (douleurs hypogastriques, lombaires, troubles de la miction) allèrent en augmentant et finirent par rendre tout travail impossible. *Examen :* Cavité utérine, 10 cent. ; sous l'influence d'une pression exercée à travers la paroi abdominale, la matrice se montre presque entièrement au dehors de l'orifice vaginal. Portion vaginale augmentée de volume, déchirée à droite. Paroi vaginale antérieure totalement inversée, la postérieure presque totalement. Périnée large de 4 centimètres.

Le 30 juin 1891, *ventrofixation de l'utérus prolabé*. Le ventre ouvert, on gratte avec un couteau le péritoine qui recouvre le fond de l'utérus. Puis on passe trois fines sutures de soie, immédiatement au-dessus de la symphyse, sutures qui comprennent d'abord une faible portion de la couche musculaire, le fascia, et le péritoine de la lèvre gauche de la plaie abdominale, puis le tissu utérin sur la partie antérieure du fond de l'organe, et finalement le péritoine, le fascia et une faible portion de la musculeuse de la lèvre droite de la plaie de l'abdomen. La suture supérieure chemine entre les racines des ligaments ronds. La portion supérieure de la plaie est fermée au moyen de sutures profondes à la soie ; on noue ensuite les fils destinés à fixer l'utérus, on les coupe, et, par des sutures superficielles, on coapte bien exactement les bords cutanés de l'incision. Suites opératoires excellentes, réunion par première intention.

Obs. IV. — X..., 47 ans, 8 accouchements à terme et deux fausses couches, le dernier accouchement remontant à 4 années auparavant, la dernière fausse couche à 2 années. Au premier accouchement, rupture du périnée (datant de 19 années), et, à la suite, production graduelle d'un prolapsus qui, à partir du second accouchement, fut le point de départ de malaises constants. Il y a 14 ans, *périnéorrhaphie*, mais après un autre accouchement, prolapsus utérin qui provoqua de grands malaises (douleurs lombaires, envies fréquentes d'uriner, etc.).

Le 10 août 1891, *ventrofixation de l'utérus prolabé*. Le ventre ouvert, fine suture de soie, commençant à la partie inférieure du bord gauche de la plaie abdominale, comprenant d'abord une faible portion de la musculeuse de la paroi abdominale, le fascia, le péritoine, cheminant ensuite dans le tissu utérin, entre l'origine des trompes, puis traversant le péritoine, le fascia, et une faible couche de la musculeuse du bord droit de la plaie abdominale. Deux autres sutures, suivant un trajet parallèle, passèrent, l'une à travers le tissu de la face antérieure, l'autre à travers le tissu de la face postérieure de l'utérus. La fin de l'opération marcha comme dans les cas précédents. L'opérée quittait l'hôpital le 16 octobre 1891.

Les détails énumérés plus haut montrent que la ventrofixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure était pleinement indiquée. En de telles conditions, lorsque la matrice est à peu près totalement prolabée et le vagin inversé, les opérations vaginales usuelles ne peuvent qu'exceptionnellement suffire à guérir le déplacement. Le prolapsus se produit à la moindre pression des muscles abdominaux. On peut, au début, par la colporrhaphie et la périnéorrhaphie rétrécir le vagin, rendre ses parois plus rigides. Mais, ces opérations ne permettent pas une restauration complète du support de la matrice. Les premiers efforts physiques déplaceront l'utérus jusqu'à un certain degré, s'ils ne le chassent pas d'un coup hors de l'orifice vaginal, et les fatigues ultérieures amèneront, plus ou moins tôt, la reproduction du prolapsus.

Il n'existe pas de pessaires qui soient capables de soutenir l'utérus d'une femme, obligée à de durs travaux, quand les supports naturels de l'organe ont été affaiblis, pour ne pas dire détruits. En semblables conditions, le traitement par le massage, suivant la méthode de Brandt, ne peut, non plus, procurer une amélioration notable. Sans doute l'innocuité de ce traitement, si on le compare à la laparo-hystéropexie, militerait fort en faveur de son application. Mais, il ne faut

pas oublier qu'il est long, qu'il exige beaucoup de temps, et qu'il convient surtout aux personnes fortunées, qui, précisément, sont rarement atteintes de prolapsus graves. Quant aux femmes pauvres, obligées par leur condition, de se livrer à un travail plus ou moins dur, il leur est impossible de recourir à un traitement coûteux et long. Il devient rationnel, nécessaire de choisir pour elles un traitement chirurgical, plus dangereux même que celui qu'on peut instituer pour leurs sœurs plus fortunées.

L'extirpation de l'utérus, combinée avec la résection du vagin, a donné dans des cas particulièrement graves des résultats favorables et définitifs. Mais ce procédé opératoire supprime toute vie sexuelle. Il me semble donc qu'il n'est applicable que dans les cas où cette vie sexuelle est terminée ou sur le point de l'être.

Ici, même dans les cas de prolapsus les plus compliqués, le chirurgien doit, comme toujours, viser à la restitutio ad integrum.

En conséquence, le gynécologue doit s'efforcer de fixer l'utérus dans sa situation normale, ou, tout au moins, dans une position favorable. Divers procédés, imaginés dans ce but, ont été proposés par Byford, Péan, Freund, Frommel, etc. De ces procédés, je n'ai aucune expérience personnelle, mais il me semble que la ventro-fixation est une opération moins compliquée et plus facile. Et, s'il m'est permis de tirer des conclusions de ma pratique personnelle, je crois qu'elle suffit dans certains cas à guérir définitivement des prolapsus graves, et à permettre aux opérées de vaquer plus tard à des travaux pénibles.

Les chirurgiens sont encore divisés sur les détails de la technique opératoire. Il est probable, pourtant, que peu d'entre eux préfèrent l'hystéropexie « extra-péritonéale ». Avec ce procédé opératoire, les sutures sont faites pour ainsi dire à l'aveugle, on ne peut gratter le péritoine qui tapisse le fond de l'utérus, etc.

En général, dans l'hystéropexie, on ouvre la cavité abdominale, ce qui permet d'inspecter minutieusement l'excavation, de se rendre un compte exact des conditions pathologiques existantes, et de prendre toutes précautions pour les traiter efficacement. Il existe deux méthodes principales de fixation de l'utérus, en rétroversion ou prolabé, à la paroi abdominale antérieure. Celle préconisée par Olshausen (adoptée par Sänger (1), etc.), dans laquelle chaque corne utérine est fixée à la paroi abdominale par deux ou trois points de suture. La supérieure est passée autour du ligament rond, l'inférieure à travers le feuillet antérieur du ligament large ; tous les points de suture embrassent profondément les muscles de la paroi abdominale, on les noue ensuite séparément.

D'autres passent les fils fixateurs à travers le tissu du corps de l'utérus, soit du fond, soit de la face antérieure de l'organe (Leopold (2), Czerny (3), Terrier).

On a objecté contre le 1er procédé, que les sutures avaient une prise peu fixe en raison de l'extensibilité des ligaments ronds et du ligament large, condition fâcheuse, de nature à favoriser l'incarcération de l'intestin. Contre le second, on a dit que l'utérus était fixé d'une façon trop invariable entre l'incision abdominale. Mais, ces appréciations ne peuvent être, à l'heure actuelle, considérées que comme purement théoriques. L'avenir seul, et probablement dans un temps peu éloigné, permettra de décider quelle est la méthode de fixation la meilleure, sous le double point de vue de la durée du résultat et du pronostic d'une grossesse consécutive.

---

(1) SAENGER. Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 2.

(2) LEOPOLD. Ueber die Annähnng der retroflectirten aufgerichtelen Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. *Volkmann's Samml. klinisch. Vorträge*, n° 333. Leipzig, 1889.

(3) CZERNY. Ueber die Vornähung der rückwärts gelagerten Gebarmutter. *Beitr. zur. klin. Chirurgie.* IV, I. Tubingen, 1888.

La ventrofixation n'est naturellement pas applicable dans les cas où le col de l'utérus est allongé et où, en dépit d'une procidence accusée de la partie inférieure de l'utérus, le fond de l'organe est resté à sa hauteur normale ou seulement un peu au-dessous. Il est évident qu'il n'y a aucune utilité à fixer alors le fond de la matrice au-dessus de la symphyse. Le fixerait-on même plus haut, on n'en serait pas davantage à l'abri d'un prolapsus sous la dépendance d'un allongement continu du col.

Dans les cas ordinaires, il ne suffit pas non plus toujours que le fond de l'utérus soit fixé au-dessus de la symphyse pour supprimer tous les accidents. En effet, quand le vagin est large, relâché, il peut encore, sous l'influence des élévations de la pression abdominale, se produire une inversion de la portion inférieure du vagin. Contre ces complications, la colporrhaphie et la périnéorrhaphie sont indiquées.

En ce qui concerne le résultat secondaire de la ventrofixation, il ressort des travaux publiés qu'il n'est pas toujours satisfaisant. Les raisons des échecs sont multiples. Mais, il est évident que si l'on veut prévenir la récidive du prolapsus, il faut s'efforcer d'obtenir une union intime entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale, connexion qui ne peut se produire qu'à la faveur d'une inflammation adhésive. Or, pour provoquer celle-ci, il me paraît nécessaire de détruire la séreuse sur les surfaces destinées à être mises en contact. On y arrive par le grattage avec un bistouri de la séreuse qui tapisse le fond de la matrice, et de la séreuse pariétale quand celle-ci n'a pas été déjà détruite au cours des manipulations déjà faites. J'estime encore qu'il ne faut pas employer pour les sutures des fils trop facilement résorbables, et qu'en particulier les fils de soie méritent la préférence. Les fils de suture ont en outre l'avantage d'entretenir dans le voisinage une irritation légère, qui y produit une vascularisation plus active, favorable à la production rapide des adhérences utiles.

Sans doute, la fixation ainsi effectuée d'un utérus prolabé ne peut être considérée comme réalisant une « *opération idéale* ». Mais, d'une part, le sujet ne paraît en être aucunement incommodé, et, d'autre part, le procédé est relativement bénin. En résumé, l'hystéropexie est susceptible de rendre de réels services dans des cas de prolapsus contre lesquels les autres moyens ont échoué, elle paraît tout au moins supprimer les accidents associés à l'ectopie utérine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances de janvier-février 1892.

Élythrotomie exploratrice.

M. Segond. — L'observation que nous a communiquée M. Nélaton est particulièrement intéressante, d'abord comme exemple d'occlusion intestinale causée par une rétroversion utérine avec pelvi-péritonite congestive ; ensuite parce qu'elle détruit un des arguments opposés par les laparotomistes aux interventions par la voie vaginale. Moi aussi j'ai eu à intervenir dans un cas analogue chez une femme de 35 ans que je croyais atteinte de rétroversion utérine avec fibrome du fond de l'utérus. Je pus, avec la main introduite dans le rectum, déloger la tumeur et provoquer une débâcle. Plus tard, j'entrepris l'hystérectomie vaginale, et dans cette opération je courus sus à la tumeur qui bombait en arrière ; or, ce n'était pas un fibrome, mais une grossesse extra-utérine développée dans la trompe droite. Comme l'autre trompe était malade, je l'enlevai, et l'utérus avec elle. Mais, en somme, par l'incision postérieure, j'avais fort bien pu y voir.

Ce qu'on reproche surtout à l'intervention vaginale, c'est qu'une fois commencée elle doit se terminer par l'ablation totale de l'utérus et des annexes. Le fait de M. Nélaton prouve qu'il n'en est

rien, et, à ce point de vue, j'ai par devers moi trois erreurs de diagnostic intéréssantes. Une fois, je diagnostiquai un fibrome utérin volumineux : je commençai mon incision sur la tumeur, comme c'est de règle, et je trouvai un kyste de l'ovaire ; j'en ai simplement fait l'ablation. Une autre fois, je croyais à une suppuration pelvienne. J'incisai sur une tumeur qui bombait en arrière ; c'était une hématocèle que j'ai lavée, drainée, et cette femme peut repeupler la France. Une autre fois, enfin, j'admettais des fibromes, de la variété pelvienne de Pozzi, électrisés sans succès depuis 18 mois ; il y avait, il est vrai, une ascite qui avait nécessité 15 ponctions : c'étaient des tumeurs ovariennes végétantes et je pus tout enlever avec l'utérus, par la voie vaginale.

M. Pozzi se demande si, dans le cas de M. Nélaton, la réduction manuelle de la rétroversion n'eût pas suffi. Mais il reconnaît que l'incision exploratrice était ici parfaitement justifiée et que les phénomènes locaux conduisaient très rationnellement à la voie vaginale. Mais c'est exceptionnel et on ne saurait en conclure que c'est une incision exploratrice commode, recommandable. Non, c'est une incision petite, au fond d'un entonnoir, et aucune comparaison n'est possible avec la laparotomie exploratrice.

M. Reclus accorde que par l'incision abdominale on voit mieux, mais par le vagin on y voit assez bien. Récemment, ayant diagnostiqué une salpingite, il entreprit l'hystérectomie et du cul-de-sac vit sortir un flot de sang : il put explorer fort bien avec le doigt les parois de cette hématocèle, trouva les annexes malades et les enleva. D'autre part, on peut terminer ces opérations sans enlever entièrement utérus et annexes : une fois, au cours d'une opération mal engagée, il fut inquiété par l'hémorrhagie, et il se borna à tamponner les incisions. Les suites furent bonnes et, ce qui est plus curieux, c'est que depuis 4 mois 1/2 les souffrances ont cessé. Il ne donne d'ailleurs pas cet exemple comme bon à imiter.

M. Segond. — Je n'ai jamais dit que l'incision vaginale exploratrice fût plus commode que la laparotomie ; j'ai seulement dit que l'élythrotomie pouvait être exploratrice et ne conduisait pas fatalement à l'hystérectomie totale.

M. Pozzi. — Je ne songe pas à prêter à M. Segond une proposition qui en effet est absurbe. Mais pour que l'intervention par la voie vaginale puisse rester exploratrice, il faut que M. Segond modifie le manuel opératoire que lui-même nous a décrit naguère

et qui consistait à circoncire le col, à décoller la vessie, puis à effondrer le cul-de-sac postérieur : à ce moment on ne saurait guère s'arrêter en route.

M. Routier insiste sur ce dernier argument. Il reconnaît que si M. Segond commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, il peut ne pas toujours tout enlever et qu'ainsi s'atténue un des arguments des laparotomistes, parmi lesquels il s'est rangé lors de la première discussion.

M. Lucas-Championnière pense que les erreurs de diagnostic sont « le pain bénit de la chirurgie abdominale » et c'est précisément pour cela qu'il préfère la laparotomie. Il insiste sur les difficultés de ces opérations, quelle que soit la voie choisie : c'est pour beaucoup une affaire d'expérience personnelle.

M. Segond. — Deux mots sont à rayer de cette discussion : toujours et jamais. Et souvent tout cela est loin d'être idéal, par-dessus aussi bien que par-dessous le pubis. J'ai toujours dit que la voie vaginale était difficile. Quant à modifier mon manuel opératoire, je dis qu'il faut obéir aux indications suivant les cas particuliers : quand quelque chose de gros bombe dans le vagin, c'est par là qu'il faut attaquer.

Occlusion intestinale.

M. Kirmisson du fait de M. Nélaton retient surtout l'occlusion et communique à ce propos une observation pour prouver les bons résultats de la médication opiacée. En octobre 1889, entra à l'Hôtel-Dieu une femme de 26 ans, ayant eu en juin son quatrième accouchement, suivi de pelvi-péritonite. Elle entra dans le service de M. Proust pour des accidents d'occlusion et fut passée en chirurgie, le 14 octobre au soir. A cette date, elle rendait encore des gaz par l'anus et dès lors, le lendemain matin, M. Kirmisson ne crut pas la laparotomie indiquée. Il prescrivit l'opium à haute dose et vit cesser les vomissements et les douleurs, tandis que diminuait le météorisme. Mais le 19 octobre — 10e jour des accidents — le météorisme reprit et l'intervention fut décidée. Ici, on avait un diagnostic précis : occlusion par bride de péritonite, siégeant dans la fosse iliaque droite, un peu empâtée. On put aller droit à l'obstacle, le lever et l'opération, terminée avec une grande rapidité, fut suivie d'une prompte guérison.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. Lucas-Championnière communique six cas d'occlusion intestinale post-opératoire. Ces faits sont d'ailleurs fort variables de degré, de nature même : il y a des étranglements vrais et des obstructions simples. Mais en général on est frappé de la nature insidieuse des accidents, même quand l'obstacle est très marqué.

La première observation est celle d'une femme opérée d'ovariotomie en pleine péritonite, et qui alla fort bien pendant 8 jours, puis eut des vomissements, des douleurs, les selles se supprimèrent et 48 heures après l'occlusion était caractérisée. La laparotomie fut pratiquée à la 72e heure, et il fallut disséquer aux ciseaux des anses intestinales englobées dans un tissu fibreux dense et adhérentes à l'épiploon. La guérison se maintient depuis 4 ans 1/2.

Le second cas est celui d'un homme opéré d'une épiplocèle gangréneuse qui ne causait d'ailleurs pas de phénomènes d'étranglement. Il fut attiré au-dehors et réséqué le plus possible d'épiploon. Vers le 8e jour survinrent quelques douleurs, jusqu'au 11e des vomissements qui devinrent fécaloïdes. Par la laparotomie fut observé et ouvert un abcès occupant l'épiploon évidemment mal désinfecté lors de la 1re opération ; guérison.

Les deux opérations suivantes concernent un homme qui se présenta avec une hernie inguinale gauche irréductible ; il racontait qu'il en avait eu une à droite, guérie depuis quelque temps, mais qu'il ressentait des douleurs de ce côté. On ne sentait rien en cette région à la palpation, et on fit la cure radicale de la hernie gauche. De ce côté tout alla bien, mais les douleurs à droite persistèrent, de l'empâtement y devint manifeste et au 16e jour une incision oblique mit à découvert une anse intestinale pincée dans la profondeur du canal inguinal ; en outre, il y avait là un foyer purulent. Pour le bien drainer et désinfecter, une incision médiane fut ajoutée à la première. L'homme partit quelque temps après pour Vincennes ; 12 jours après on l'en ramena avec des accidents d'étranglement, pour lesquels fut entreprise une nouvelle laparotomie ; des anses agglutinées furent libérées et une selle fut obtenue. Mais les accidents reprirent et 5 jours après, nouvelle incision, pour l'établissement d'un anus contre nature. Il resta une fistule stercorale.

Le cinquième cas est relatif à un vrai fait de compression. Un

homme, opéré de cure radicale pour une épiplocèle, se leva au 8e jour, sans permission ; à partir de ce moment il souffrit, les selles se raréfièrent et 8 jours plus tard il était en état d'occlusion grave, avec une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite ; par une incision fut évacué un volumineux épanchement sanguin et la guérison fut rapide.

Le sixième malade enfin est un homme que M. Delagenière avait opéré de hernie étranglée ; une ligature au catgut avait été mise sur un point sphacélé de l'intestin et l'anse avait été réduite. Les selles se rétablirent mal, les gaz étaient rendus difficilement, et finalement, comme les souffrances persistaient, M. Championnière fit la laparotomie. Il trouva une anse adhérente au péritoine pariétal, circonscrivit cette adhérence et libéra l'anse en détachant la région adhérente de la paroi, sutura cette perte de substance et obtint un excellent résultat.

Enfin, une fois, après une opération de cure radicale, le sujet présenta des accidents dont M. Championnière ne fut pas averti et il mourut en 3 jours, sans avoir été laparotomisé : à l'autopsie, une anse fut trouvée étranglée par une bride.

M. Championnière communique ces observations pour combattre l'opinion de M. Kirmisson sur l'utilité de l'opium et les méfaits des purgatifs dans l'occlusion. Tous les opérés ont été purgés et ne s'en sont pas plus mal trouvés. Pour les occlusions post-opératoires, Lawson Tait a dit que la purgation est le véritable traitement. M. Championnière a coutume après toutes ses laparotomies, toutes ses cures radicales de hernie, de purger le sujet au plus tard le lendemain matin. Il les purge même quand ils vomissent et cela arrête les vomissements. C'est là un moyen de diagnostic pour savoir s'il y a ou non occlusion. En effet, en cas d'occlusion il faut intervenir à temps. A cet égard, l'étude de la température est importante : dès qu'elle commence à baisser, il faut opérer. En outre, il faut faire des incisions très larges, de façon à bien y voir.

M. Kirmisson se borne à répondre que l'argumentation de M. Championnière le vise à tort. Il a parlé des méfaits de la purgation dans l'occlusion spontanée, et il n'a jamais dit un mot des occlusions post-opératoires, ni des indications respectives de l'opium ou de la purgation après les laparotomies et cures radicales de hernies.

M. Félizet s'élève contre la systématisation du purgatif après

les opérations sur le ventre, car la systématisation est la négation de la clinique. L'opinion de M. Championnière est intéressante, sans doute, mais elle est toute personnelle, et M. Félizet ne saurait s'y rallier.

M. Terrillon. — Il y a deux choses dans la communication de M. Championnière : l'occlusion post-opératoire, la purgation post-opératoire.

Pour l'occlusion, je rapporterai deux faits, où cette complication a, il est vrai, été tardive. Dans les deux cas, elle était liée à certaines particularités anatomiques de la lésion contre laquelle avait été dirigée la laparotomie première. Le premier fait date de mars 1889, époque où j'opérai une salpingite qui adhérait à l'appendice iléo-cæcal; je dus mettre une ligature sur le bord de cet appendice; or, 18 mois plus tard, cette dame fut prise d'une occlusion subaiguë, pour laquelle je l'opérai au 8e jour, après échec du traitement médical, et je trouvai qu'une anse d'intestin grêle était engagée entre le détroit supérieur et l'appendice, adhérent par sa pointe à la partie droite de la symphyse pubienne; je réséquai cette fois l'appendice à la base et depuis la guérison ne s'est pas démentie. L'autre cas est relatif à une femme que je débarrassai il y a 2 ans 1/2, d'un fibrome pesant 14 kil. et auquel adhérait l'épiploon, extraordinairement hypertrophié; 9 mois plus tard (après quelques crises vite calmées) éclatèrent des accidents d'occlusion aiguë; au 5e jour j'opérai, je vis des anses d'intestin comprimées dans un gâteau épiploïque adhérent, je dégageai ces adhérences et immédiatement la circulation des matières et des gaz reprit son cours; la malade se porte aujourd'hui très bien.

Quant au purgatif immédiat, je suis un peu moins précoce que M. Championnière, mais il est bien rare que je laisse passer le 2e ou le 3e jour sans l'ordonner; et surtout je le prescris dès que je vois la température monter à 38°, 38°,2; le calomel est le purgatif que je préfère. Je n'ai jamais eu d'accidents dus au purgatif, au lieu qu'au début de ma pratique, j'en ai eu par l'opium.

M. Reynier de même purge vite ses laparotomisés, au plus tard le 3e jour. Après les hernies étranglées, surtout chez les vieillards et pour les hernies ombilicales, on observe assez souvent des parésies intestinales graves, contre lesquelles il a même eu à lutter par le lavement électrique; il ne les observe plus depuis qu'il purge les opérés dès le lendemain.

M. Quénu. — Il importe d'établir une distinction. D'une façon générale, je suis, comme mon maître Terrier, partisan de la purgation rapide, même dès le 2e jour. Mais quand on a opéré pour occlusion, pour hernie étranglée il faut avant tout tenir grand compte de l'état de l'intestin : quand on a réduit un intestin un peu douteux, il faut l'immobiliser le plus possible. De même après l'ablation de salpingites suppurées qui adhéraient au rectum resté très aminci, une purgation trop précoce pourrait déterminer une perforation intestinale mortelle.

M. Routier. — J'ai précisément observé un cas où au 3e jour je purgeai une opérée de salpingite qui allait fort bien ; 2 heures après débuta une péritonite suraiguë, et à l'autopsie je trouvai une petite perforation au niveau d'une anse éraillée pendant l'opération. D'ailleurs, je ne crois pas qu'après les laparotomies les malades meurent de parésie intestinale : dans ces conditions je pense qu'il y a toujours de la péritonite.

M. Berger. — Chez une vieille femme que j'avais opérée de hernie crurale étranglée avec réduction de l'intestin en assez bon état, j'ordonnai au 5e jour un purgatif, la malade se portant bien mais n'allant pas à la selle. Le lendemain matin je la trouvai morte, et l'autopsie me fit voir une petite perforation entourée d'adhérences récentes que le purgatif avait fait rompre.

M. Terrier. — Au début de ma pratique, imitant en cela certains chirurgiens anglais, je cherchai à immobiliser l'intestin par l'opium, et j'ai eu à m'en repentir. J'ai eu des décès par ses prétendues parésies intestinales, sur lesquelles je partage d'ailleurs l'opinion de M. Routier jusqu'au jour où on m'apportera des observations complètes avec stérilité scientifiquement prouvée des exsudats péritonéaux. Je me suis alors rallié à la manière de faire de Lawson Tait et au moindre malaise j'ordonne un purgatif salin, de préférence du citrate de magnésie avec de la glace. Mais il ne faut pas agir à l'aveugle, et j'adopte absolument le critérium donné par M. Quénu ; il faut obéir aux indications, en sachant ce que l'on a fait du côté du tube digestif. Une fois, le purgatif m'a joué un tour terrible ; ma surveillante a purgé sans mon ordre, au 5e jour, une femme allant très bien, opérée de salpingite suppurée, et une perforation rectale causa la mort en 24 heures. Dans les cas de ce genre, il faut donc retarder la purgation autant que possible et c'est ce que j'ai fait tout récemment, administrant au contraire

de l'opium ; et en effet la purgation a déterminé une petite fistule stercorale, actuellement guérie sans autre complication, car ces adhérences solides protégeaient le péritoine.

M. Championnière. — M. Félizet ne veut pas qu'on ait de système, c'est une erreur. Tous les laparotomistes ont un système et font bien. M. Félizet m'objecte de grandes théories de pathologie chirurgicale générale ; cela m'est bien égal. En somme, il n'admet pas la chirurgie abdominale moderne, ce qui m'est encore égal. J'accorde les réserves émises par MM. Quénu, Berger, Terrier, mais je n'avais pas voulu lever ce lièvre dans ma communication ; mon seul but était d'indiquer une règle genérale qui me réussit parfaitement. M. Routier ne croit pas à la parésie intestinale, moi j'y crois.

M. Périer. — L'histoire de la constipation des opérés n'est pas neuve. En 1857 j'étais externe chez Chassaignac qui nous répétait bien souvent : quand un opéré a un frisson il faut songer à trois choses : l'infection purulente, l'érysipèle, la constipation. Et au premier frissou il administrait un purgaiif. Aujourd'hui, la constipation seule reste et j'ai coutume d'insister sur cette cause d'hyperthermie.

M. Villeneuve (de Marseille) a fait une néphrectomie transpéritonéale pour cancer avec mort au 20e jour, sans accidents septiques, par accidents d'occlusion intestinale. Il a différé la laparotomie et s'en repent car il a trouvé une occlusion incomplète du duodénum par des anses intestinales agglutinées qu'il aurait sans doute pu libérer.

Opération césarienne.

M. Ledru (de Clermont-Ferrand) communique un succès de l'opération césarienne, chez une femme de 24 ans, pour rétrécissement rachitique du bassin. L'enfant a été extrait mort. L'opération a été terminée par une castration double, fort laborieuse, il est vrai, pour éviter toute grossesse ultérieure. M. Ledru n'a pas mis de ligature élastique d'attente et cependant l'hémorrhagie a été faible ; il n'a pas accouché l'utérus par la plaie pariétale et a pu bien protéger le péritoine. La suture à étages de la paroi utérine a été terminée, sans résection de la tranche en biseau, par un simple plan de suture de Lembert.

M. Marchand a fait en 1889 une césarienne pour tumeur pel-

vienne adhérente. Il a accouché l'utérus mais n'a pas mis de ligature élastique. L'enfant vécut ; en 1891, la mère vivait encore. La seule complication fut une diarrhée due sans doute à un léger degré d'intoxication par le sublimé.

M. Bouilly. — On est aujourd'hui d'accord sur les indications respectives du Porro et de la césarienne. Le premier convient aux cas où on intervient après le début du travail sur un utérus déjà infecté ; la seconde aux opérations faites au moment de choix sur un utérus aseptique. Pour éviter la grossesse ultérieure, il suffit, ce qui est bien plus simple que la castration, de couper la trompe entre deux ligatures.

Hystérectomie pour cancer.

M. Marchand communique 15 hystérectomies vaginales totales pour cancer qu'il a pratiquées depuis 1889, avec 2 décès seulement. Ce n'est donc pas plus grave que les amputations du col. Mais la récidive est à peu près constante et rapide, et elle n'est pas moins pénible pour la malade que le cancer livré à lui-même. D'où M. Marchand conclut que pour les petits cancers limités il faut s'adresser à l'amputation partielle, moins mutilante et quelquefois même capable de permettre la grossesse.

A. Broca.

Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Séance du 18 *février* 1892.

Présentations. — Guéniot. **Deux femmes opérées et guéries par la césarienne.** — 1) Femme à bassin ostéomalacique, opérée à terme. Actuellement, 3 mois après l'opération, la femme est guérie de l'affection ostéomalacique, sans avoir subi aucune mutilation spécialement dans ce but ; 2) femme opérée parce qu'il existait une affection carcinomateuse avancée du col de l'utérus. Enfants vivants dans les deux cas.

Discussion. — Pajot tout en félicitant son collègue pour ses 2 succès, est certain cependant qu'ils seront l'origine de bon nombre de revers. Il a connaissance de plusieurs opérations césariennes, terminées par la mort, et non encore publiées. D'une manière géné-

rale, il condamne surtout l'opération césarienne faite sur la demande de la femme, qui n'a aucune idée de la gravité de l'opération césarienne.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE espère que M. Guéniot fera une communication plus complète de ces deux faits, à l'occasion de laquelle on pourra discuter les procédés opératoires. D'autre part, il ne partage pas, en raison du nombre des faits heureux publiés, l'horreur de Pajot pour la césarienne, horreur explicable seulement par le souvenir des résultats si malheureux de jadis.

DOLÉRIS. **Avortement provoqué rapide ou brusqué, par le curettage pour affection cardiaque grave.** — Le fait concerne une jeune femme, atteinte depuis l'enfance d'une affection cardiaque, aortique, grave, et à laquelle, en raison de cette lésion, on avait conseillé d'éviter soigneusement toute grossesse, sous peine des accidents les plus sérieux. Or, cette jeune femme étant devenue enceinte, l'affection cardiaque, dès les premiers moments, prit une allure inquiétante : anhélation continuelle, hypertrophie rapide et déplacement marqué du cœur, syncopes à chaque vomissement, insomnie, impossibilité absolue d'alimentation, etc., au bout de 2 mois, cachexie réelle. En présence de cet état inquiétant, l'auteur pensa qu'il y avait urgence absolue à interrompre la grossesse, et, à cause de l'anémie profonde, à adopter un mode d'intervention qui mît le plus possible à l'abri de toute hémorrhagie.

En conséquence, *au lieu de provoquer l'avortement, il l'effectua* : dilatation progressive avec la laminaire et curettage de la matrice gravide. En moins de 36 heures, la grossesse était interrompue. Suites excellentes.

Discussion. GUÉNIOT, L. CHAMPIONNIÈRE, PAJOT, DUMONTPALLIER citent un certain nombre d'observations qui tendraient à établir que l'association des affections cardiaques et de la grossesse ne comporte pas un pronostic aussi sombre qu'on l'admettait jadis. M. Guéniot cite, en particulier, 3 observations de femmes qui, bien qu'atteintes de lésion organique du cœur, menèrent à terme plusieurs grossesses, sans que l'affection cardiaque ait été notablement aggravée par la gestation. LOVIOT fait remarquer que, si le procédé opératoire adopté par Doléris est applicable à 2 mois de grossesse, il paraît devoir beaucoup convenir pour les cas où le

placenta est déjà assez développé, et devoir céder le pas aux procédés usuels. L. Championnière, tout en constatant le plein succès obtenu, ne croit pas non plus que ce procédé ait un grand avantage sur ceux qui sont de pratique courante. Porak, dont on connaît la thèse sur l'influence réciproque des maladies du cœur et de la grossesse, a été conduit à penser, par l'examen attentif des faits, que toute l'importance pronostique des lésions valvulaires réside dans l'état du myocarde.

Labusquière. **Rapport sur une communication faite au nom du Dr Brucy** (de Gien) : **monstre monomphalien xiphopage; expulsion spontanée. Considérations au point de vue anatomique, obstétrical et chirurgical.** — L'observation est relative à cet exemple, intéressant à cause de sa grande rareté, de monstre double, appartenant à la famille des monomphaliens et à la variété des xiphopages, monstre qui fut présenté à la Société par M. Charpentier, dans la séance de novembre. Ce monstre, constitué par la réunion de deux jumeaux mâles, mort-nés, parfaitement à terme et régulièrement conformés, rappelant le cas si connu des frères Siamois, avait été expulsé par une femme primipare, spontanément, après un travail assez laborieux. Les deux corps se présentaient par le siège, et le premier médecin appelé avait constaté, à son arrivée, qu'un des enfants avait tout le bassin hors de la vulve, avec le dos en avant. Ayant soulevé ce premier enfant, il avait vu que le second enfant, dont le pied gauche, la fesse gauche et les organes génitaux étaient déjà hors de la vulve, se trouvait en position sacro-sacrée, conditions, d'après la majorité des auteurs, relativement favorables. Quelques heures après, l'accouchement se terminait spontanément, au cours d'un voyage en voiture à la recherche d'un lieu d'asile d'assistance. Or, les deux enfants étaient à terme, et après huit jours de macération dans l'alcool, leur poids total, cordon et placenta compris, s'élevait à 5 kil. 220 gr. Les deux jumeaux sont unis par la base de l'apophyse xiphoïde, apophyse qui existe chez chacun d'eux, par une sorte de pont constitué par du tissu hépatique qui réunit les deux foies; de plus, détail important, les vaisseaux ne sont pas communs.

M. le Dr Brucy s'est demandé comment une masse aussi volumineuse avait pu être expulsée spontanément sans lésion des organes génitaux, *comment surtout les deux têtes avaient pu fran-*

chir les obstacles naturels? Or, il donne, croyons-nous, la véritable explication de ce fait, en établissant, ainsi qu'on l'a établi pour d'autres cas antérieurs, que les extrémités céphaliques ont dû franchir l'une après l'autre la filière pelvi-génitale. « Ayant trouvé les deux fœtus entre les jambes de la femme, je remarquai, écrit-il, que la tête du fœtus droit, c'est-à-dire celui situé auprès de la cuisse droite de la femme, était fléchie et occupait l'espace situé entre le menton et la partie supérieure du sternum du fœtus gauche. La face de celui-ci, le front et le nez surtout, étaient fortement aplaties. Le fœtus droit s'est donc dégagé le premier, franchissant les obstacles en glissant sur le fœtus gauche... »

Étudiant, à l'occasion de ce fait, la meilleure conduite à suivre, en semblable occasion, encouragé d'ailleurs par le résultat observé, M. le Dr Brucy formule la conclusion suivante, sur laquelle il désire avoir l'avis de la Société : « *Je conclus en disant que chez une femme normalement constituée l'intervention n'a pas de raison d'être.* »

N'ayant aucune expérience personnelle de ces sortes de faits, j'ai interrogé les divers traités que j'avais sous la main, et j'ai constaté : que les auteurs s'accordent à conseiller l'expectation, que le plus souvent les forces naturelles suffisent à terminer l'accouchement, que cependant il n'en est pas toujours ainsi, qu'en certains cas, par conséquent, l'expectation a une limite, et qu'on doit s'en départir résolument, *dès que la santé ou la vie de la mère sont en danger.* Quant au procedé d'intervention, les particularités propres à chaque cas ne permettent pas d'en formuler un qui convienne à tous; le plus souvent il faudra pratiquer l'un des modes de mutilation du fœtus. Nous pensons donc qu'il y a lieu de modifier la formule du Dr Brucy de la façon suivante : « Chez une femme normalement constituée, l'intervention n'a pas de raison d'être, *tant que la santé ou la vie de la mère ne sont pas en danger* ».

En raison de l'étendue relativement peu considérable des moyens d'union des deux fœtus et de l'indépendance des vaisseaux, M. le Dr Brucy, tout en faisant des réserves sur les contre-indications fournies peut-être par l'âge, se demande si le chirurgien, fort de la sécurité fournie dans les laparotomies par l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques et par les progrès réalisés dans les méthodes d'hémostase, ne serait pas autorisé à tenter de libérer les attaches des deux fœtus et de leur assurer une vie indépen-

dante. C'est là, croyons-nous, une tentative fort séduisante. Étant donné, malgré quelques exemples aussi fameux que rares de longévité relative, l'avenir si incertain de ces monstres, il nous semble, quel que fût le résultat d'une semblable intervention, qu'il y aurait fort peu de médecins pour la condamner.

CLOPATOFSKY. **Observation de placenta prævia, compliqué d'adhérence anormale par dégénérescence calcaire.** — Femme IIpare, prise d'une hémorrhagie brusque à 7 mois de grossesse. Expulsion d'un enfant, qui vécut seulement 5 heures. Délivrance laborieuse. Le placenta était complet ainsi que les membranes qui étaient déchirées à 5 centim. de son bord. Entre ce bord et le centre du gâteau placentaire, il existait une plaque blanchâtre, plus blanche au centre, dure, pierreuse, résultat d'une dégénérescence calcaire, qui, d'après l'auteur, était le produit avancé de l'inflammation de l'endométrium. Nouvelle grossesse un an et demi après au cours de laquelle la femme fut soumise à un traitement bromo-ioduré. Cette grossesse se termina par un accouchement à terme et une délivrance normale, terminaison heureuse attribuable, peut-être, au traitement institué. En terminant, l'auteur signale l'analogie qui existe entre cette dégénérescence calcaire et la production d'ostéophytes sous la voûte du crâne pendant la gestation.

Discussion. — DOLÉRIS pense qu'il s'agit non de *dégénérescence* mais de *dyalise* calcaire. La constitution doit jouer un rôle important dans ces phénomènes, qui sont peut-être à rapprocher des dépôts uratiques chez les goutteux. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Remarques sur le traitement des tumeurs utérines par l'électricité; son effet sur les petites tumeurs. (Remarks on the treatment of uterine tumours by electricity: its effect on small tumours). THOMAS KEITH. *Brit. med. Journ.* Lond., 1891, p. 337.

Nouvel article enthousiaste et plaidoyer chaleureux en faveur de la méthode d'Apostoli.

L'auteur apporte sept observations de petites tumeurs fibreuses dont plusieurs donnaient lieu à de très graves accidents d'hémorrhagie. Toutes les malades ont été guéries, et chez cinq d'entre elles non seulement les symptômes douloureux et les hémorrhagies ont cessé, mais encore la tumeur a entièrement disparu. En présence de tels résultats, ajoutés à ceux qu'il a déjà vus, il peut encore y avoir place pour l'hystérectomie, mais l'extirpation des ovaires doit être bannie, ou à peu près.

L'auteur résume d'ailleurs ainsi ses conclusions :

L'électricité ne doit pas être essayée dans les tumeurs fibro-cystiques;

Dans les cas d'hydrorrhée considérable, elle ne semble pas donner de guérisons radicales;

Les meilleurs résultats s'obtiennent dans les petites tumeurs hémorrhagiques;

Dans les tumeurs anciennes, volumineuses, le traitement est plus long;

Presque toujours ce traitement enlève la douleur;

Presque toujours il amène une diminution de la tumeur, — parfois rapidement;

Presque toujours il arrête les hémorrhagies, — parfois rapidement;

Presque toujours les résultats sont permanents et la tumeur si elle ne diminue pas, cesse de s'accroître. La santé générale est très améliorée.

Par *presque toujours* Th. Keith entend dire dix-neuf fois sur vingt.

R. Faure.

Quelques observations sur l'électrothéraphie en gynécologie; remarques sur le traitement de la dysménorrhée mécanique et des obstacles à la conception par le cathétérisme. (Einige Beobachtungen über die Elektrotherapie in der Gynäkologie nebst Bemerkung über die Behandlung der behinderten Menstruation in connection mittels Sondirung), Nagel. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXVIII, Hft 1, p. 81.

Les expériences et les recherches sur lesquelles reposent cet important travail ont été faites à la policlinique du professeur Gusserow, durant une année. C'est avant tout une étude de con-

trôle, d'appréciation de la valeur réelle du traitement électrique en gynécologie ; l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1) *Pelvi-péritonites :* Il est, en beaucoup de cas, possible de réprimer, au moyen du courant constant, des états inflammatoires chroniques du petit bassin, à condition pourtant que leur début ne soit pas trop ancien. On peut également combattre une tuméfaction inflammatoire de l'ovaire et de la trompe (en tant que phénomène concomitant d'une pelvi-péritonite), mais, lorsque le processus inflammatoire est ancien, lorsqu'il a produit des altérations anatomiques des organes, c'est à peine si l'on peut espérer tirer quelque bénéfice du traitement électrique. Toutefois, il peut amener la résorption d'exsudats intra-péritonéanx, quand ces exsudats sont petits et récents. Dans les cas de *déviations utérines,* le traitement doit être dirigé contre les phénomènes inflammatoires concomitants ; aussi, les propositions émises au sujet de la pelvi-péritonite trouvent-elles, ici, également leur place. Dans la plupart des cas de pelvi-péritonite chronique, le courant constant procure une amélioration, bien que souvent passagère, des douleurs, et agit, par elle, favorablement sur l'état général.

2) *Dysménorrhée mécanique.* — Nägel est d'avis qu'il ne faut employer, dans ces cas, le traitement électrique qu'avec circonspection, par la raison qu'on ne peut empêcher l'action caustique du courant. Mieux vaut, en général, recourir au cathétérisme du col, dont les avantages ont été démontrés par les résultats très satisfaisants consignés sur un total de 25 observations. Dans quelques cas, la conception eut lieu peu après le traitement ; dans un seul le cathétérisme resta sans résultat, il s'agissait de douleurs dysménorrhéiques utérines.

3) *Myômes utérins.* — Il ne faut pas voir dans le traitement électrique, dirigé contre les myômes utérins, plus qu'un traitement symptomatique. Le courant constant peut supprimer un phénomène, souvent concomitant, les douleurs, quand elles sont le fait d'une péritonite circonscrite. Pour obtenir ce résultat, il ne paraît pas toujours nécessaire à l'auteur, d'appliquer l'électrode dans la cavité utérine. L'influence favorable exercée sur la péritonite chronique est souvent suivie d'une plus grande mobilité de la tumeur et d'une diminution de la distension de la paroi abdominale.

En beaucoup de cas, l'usage du courant constant permet de restreindre l'hémorrhagie. Mais on n'est en droit d'espérer un résultat

définitif que lorsqu'il est possible de traiter la muqueuse utérine sur toute son étendue.

Sous l'influence de la suppression des douleurs, de la diminution des hémorrhagies, aussi bien que sous celle de l'action exercée sur l'activité intestinale, l'état général des malades s'améliore. Mais, Nägel *n'a jamais observé une diminution de la tumeur*, possible toutefois, jusqu'à un certain degré.

Somme toute, l'auteur pense qu'on peut, en certains cas, retirer une action relativement curative du traitement électrique. Que, toutefois, les résultats qu'il fournit ne sont pas, pris dans l'ensemble, supérieurs à ceux qu'on obtient à l'aide des autres méthodes thérapeutiques connues, surtout si l'on applique celles-ci avec la même persévérance que l'on met dans le premier. Vis-à-vis de ces méthodes, le traitement électrique a en outre le désavantage d'être beaucoup plus compliqué, plus coûteux. Mais ces inconvénients seraient de médiocre importance, si les résultats obtenus étaient suffisamment durables ; la décision de ce point exige de nouvelles observations.

R. L.

Contribution à l'étude de l'action du courant galvanique sur les fibromes utérins. (Beitrag zur Wirkung des galvanischen Stromes auf die Fibromyome der Gebarmütter), J. Backer. *Cent. f. Gynäk.*, 1891, n° 28, p. 586.

L'histoire des myômes utérins, soumis au traitement électrique, met principalement en relief ce fait que les tumeurs interstitielles se transforment assez fréquemment en tumeurs sous-muqueuses, qui, par la continuation du traitement, sont ensuite expulsées. Il serait intéressant de déterminer dans quel rapport de fréquence cette évolution heureuse s'accomplit suivant qu'on applique la méthode d'Apostoli ou les autres. Cette détermination est difficile. Mais, à juger d'après les cas publiés par certains auteurs (Delétang, La Torre) et, malgré l'opinion absolument opposée de Secheyron, il semble que l'observation attentive des faits démontre une relation étiologique réelle entre l'emploi du courant galvanique et ces modifications des fibromes utérins. Après avoir résumé plusieurs observations déjà publiées, l'auteur en relate une qui lui est personnelle.

Obs. — X..., 42 ans, réglée à 12 ans, menstruation toutes les

4 semaines, durant 3-4 jours, multipare. Depuis 2 années, règles plus abondantes durant 4-8 jours, et dans l'intervalle des règles, hémorrhagies durant de 1-2 jours. Augmentation du volume du ventre ; un peu plus tard hémorrhagies presque continuelles, et affaiblissement extrême ; diagnostic : fibro-myôme utérin, interstitiel très vraisemblablement. Tumeur proéminant dans le vagin, et s'élevant 1 cent. 1/2 au-dessus du nombril. Traitement par le courant galvanique, avec une intensité de 50 — 140 milliampères, suivant la tolérance que présenta la malade aux différentes périodes du traitement. Sous l'influence de ce traitement, les hémorrhagies cessèrent pour ainsi dire d'un coup, l'écoulement de sang ne se montra plus qu'aux époques menstruelles, et encore en petite abondance. L'état général se releva rapidement, et la malade n'accusa plus ni écoulements, ni douleurs. Pourtant, au bout d'un mois survint un écoulement muqueux, qui peu à peu devint plus abondant, plus séreux et qui conserva ce caractère pendant le second mois. Au 3e mois, il était purulent. Simultanément, la tumeur diminua de moitié et cette diminution coïncida avec l'expulsion répétée de fragments de tissu, plus ou moins gros (jusqu'à la grosseur d'une aveline). A la fin du 3e mois, les phénomènes ayant cessé, l'état cachectique s'amenda rapidement et fit place à un état de bien-être général excellent et qui ne s'est pas démenti depuis 4 mois. Examen des fragments : tissu compacte, fasciculé, paraissant provenir, d'après l'aspect microscopique, d'un tissu réticulé composé de faisceaux de tissu connectif et de faisceaux de cellules musculaires lisses. Les tractus connectifs sont larges, immédiatement accolés les uns aux autres, et ne présentent entre eux que quelques très rares cellules ; les faisceaux de cellules musculaires lisses sont en assez grande quantité, et envahis sur bon nombre de points par des corpuscules calcaires. Les noyaux cellulaires ne prennent aucune coloration, ce qui semble indiquer qu'on se trouve en présence d'un tissu frappé de nécrose. Sur les coupes, provenant des couches superficielles, on constate des germes de la putréfaction et une infiltration de petites cellules. Ces éléments paraissent d'ailleurs manquer dans les autres régions. Diagnostic rétrospectif : *fibrome pétrifié, avec nécrose consécutive.*

A quoi attribuer le processus de nécrose? Cohnheim admet que la nécrose d'une tumeur peut relever d'une des causes suivantes : 1) obstacles à la circulation ; 2) atteinte portée à l'activité fonction-

nelle des cellules ; 3) oscillations considérables de la température.

Il est généralement admis que le courant constant exerce aussi une action thermique, fait qu'on s'explique aisément, puisqu'on sait qu'il détermine une décomposition chimique, laquelle s'accompagne nécessairement d'un développement de chaleur. Mais, ici, la différence thermique ne peut-être assez marquée pour suffire à expliquer la nécrose observée.

D'autre part, tous les auteurs qui ont étudié le mode d'action du courant électrique, l'ont considéré comme double : action électrolytique et action polaire, phénomènes qui, au fond, sont de même nature. C'est un fait bien connu que le courant, dirigé à travers des liquides, y développe un processus chimique de décomposition, et réduit les solutions à l'état de combinaisons en leurs éléments simples qui, une fois transportés au pôle, y exercent l'action polaire (galvano-caustique chimique). Certains auteurs (Bigelow, Ford) admettent aussi que le courant électrique, dans son trajet à travers la tumeur, coagule les éléments albuminoïdes du tissu, décompose en leurs éléments simples les substances composées, et favorise ensuite la résorption de ces éléments. On pourrait, sur cette opinion, classer la dégénérescence ou nécrose des myômes dans le second groupe de Cohnheim. Malheuseusement, il resterait trop de faits qui échapperaient à cette explication. Si le courant galvanique est vraiment capable de décomposer chimiquement les albuminoïdes des tissus dans 1/3 des cas, pourquoi n'agirait-il pas de la même façon dans les autres ? D'ailleurs, les faits observés montrent quel rôle considérable joue le hasard dans l'action du courant galvanique.

Presque tous les auteurs constatent un résultat favorable en ce qui concerne les symptômes. Mais, tandis que certains mentionnent que, dans presque tous les cas, la tumeur n'a pas été modifiée, d'autres signalent que dans la moitié, le tiers, ou même dans un moins grand nombre de cas, ils ont observé une diminution de volume, plusieurs enfin (Apostoli, etc.), que la tumeur devient souvent sous-muqueuse.

Or, ces effets si différents, démontrent que l'action du courant galvanique est subordonnée à l'intervention de circonstances multiples, ce qui ne permet pas d'accepter, pour expliquer la nécrose, la pathogénie correspondante au 2e groupe de Cohnheim. Reste celle qui correspond au 1er (obstacle à la circulation), et qu'adopte

l'auteur. Il attribue l'action exercée sur les myômes par le courant galvanique à l'influence polaire, thrombosique, du courant.

R. L.

Un cas de tumeur du petit bassin traitée par la galvano-puncture ; guérison. (A case of pelvic tumour treated by galvano-puncture ; cured), par J. INGLIS PARSONS. *British med. Journ.*, 13 avril 1889, p. 824.

Malade de 44 ans, mariée, portant entre la vessie et l'utérus une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dépassant le pubis, refoulant la paroi antérieure du vagin, mais libre de toute connexion avec l'utérus. Dans l'espace de deux mois et demi la malade fut soumise à 28 séances d'électro-puncture : deux aiguilles de platine reliées au pôle positif étaient enfoncées dans la tumeur à travers la paroi antérieure du vagin ; une large électrode placée sur l'abdomen communiquait avec le pôle négatif. La durée de chaque séance était de 20 ou 30 minutes et l'intensité du courant variait de 100 à 150 milliampères ; à la suite, pansement vaginal antiseptique. Un an après, la tumeur avait diminué des 2/3 et les signes fonctionnels avaient disparu.

L'auteur insiste sur la nécessité d'isoler le corps de l'aiguille et de ne laisser libre que l'extrémité qui sera enfoncée dans la tumeur ; la portion de muqueuse vaginale en contact avec l'aiguille ne sera pas détruite ; l'occlusion sera très rapide et les chances d'infection diminuées.

P. N.

Notes sur la clinique d'Apostoli. (On Apostoli's Clinic), par le Dr ALIN HALL. *Am. Journ. of Obst.*, 1889, décembre, p. 1254.

La méthode d'Apostoli ne paraît pas avoir un grand succès auprès des Anglais et des Américains, néanmoins Sugelmann, Martin, Lapthorn, Smith, Keith et Spencer Wells font d'honorables exceptions, sans doute parce qu'ils savent se servir de l'électricité, et observent tous les détails nécessaires au succès.

« On ne peut douter qu'Apostoli obtient des effets remarquables et « durables, grâce à l'attention qu'il donne aux détails de son anti- « sepsie rigoureuse, et au soin qu'il met à adapter la force du cou- « rant à la force de la malade et aux particularités du cas. Il semble « que l'électricité peut tout faire, on est enthousiasmé..... puis on

« arrive à conclure que ce n'est pas l'électricité seule qui fait ces « merveilles, c'est l'électricité appliquée par une intelligence « patiente et attentive. Les fibromes diminuent, et parfois disparaissent; les exsudats pelviens se résorbent, mais cet agent ne « fait pas grand bien au prolapsus, aux vaisseaux et aux flexions. »

L'auteur cite deux cas qui n'ont rien de caractéristique. La méthode étant connue en France, je ne crois pas devoir entrer dans les détails techniques. A. C.

Traitement de la blennorrhagie de la femme par les courants continus. (Die Behandlung des frisches Trippers beim Weibe mit dem constanten Strom), par L. Prochownick. *Münch. med. Woch.*, 8 juillet 1890, n° 27, 467.

L'auteur a soumis quatre femmes aux courants continus (j. à 120 milliampères, séances de 8 à 10 minutes) pour les traiter d'une blennorrhagie aiguë, principalement utérine et il a constaté d'excellents effets qu'explique bien l'action microbicide des courants continus. A. Broca.

Le massage en gynécologie. (Manual Treatment in Gynecology), par le Dr H. J. Boldt. *Am. J. of Obst.*, juin 1889, p. 579.

Boldt commence par citer les auteurs qui ont traité cette question. Profanter et Schultze, Resch, Seiffert, Schauta, Van Preuschen, Theilhaber, Lindblorn, etc.

Les *indications* sont: La péri- et la paramétrite chronique et subaiguë. Toute inflammation non aiguë de l'utérus. L'oophorite chronique et subaiguë. La salpingite catarrhale.

Tous les déplacements utérins, avec ou sans adhérences. La rectocèle et la cystocèle.

Les hémorrhagies utérines ne dépendant pas des néoplasmes ou de la grossesse.

L'incontinence de l'urine due à un relâchement du sphincter vésical.

L'hématocèle. Le rein flottant. Le prolapsus du rectum.

Contre-indications : Tout processus inflammatoire, sauf ceux qui peuvent survenir pendant le traitement.

La dilatation des trompes, sauf, d'après Brandt et Nissen, celle qui coïncide avec une assez grande largeur de l'orifice tubo-utérin.

Tout état faisant soupçonner la suppuration.

A. CORDES.

Arendt, traitement des maladies des femmes par le massage. (Die Behandlung der Frauenkrankenheiten nach Thure-Brandt). *Berl. klin. Woch.*, 1890, nos 1, 2, et 3. p. 11, 31 et 57 ; discussion, p. 36.

Long mémoire destiné à l'exposé minutieux de la méthode qu'Arendt a été apprendre près de Thure-Brandt lui-même.

A. B.

Du massage contre les rétroflexions fixes. (Zur Massage bei fixirten Retroflexionen). S. STOCKER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 25.

Les indications sont à peu près les mêmes que celles posées par Schultze (1). L'auteur, d'ailleurs, combine aussi le massage avec l'emploi des pessaires. Un point spécial de sa pratique, c'est qu'il opère, systématiquement, le redressement de l'utérus rétro-dévié, à l'aide d'une longue pince (modèle de Frankenaüser), entourée d'ouate à son extrémité, celle-ci étant imbibée de glycérine phéniquée à 5 0/0. Ce procédé a plusieurs avantages : le revêtement d'ouate prévient les lésions traumatiques de la muqueuse utérine, la glycérine phéniquée désinfecte le canal cervical et tue les germes qui, éventuellement, se déposent sur l'instrument. Quant au massage, il est pratiqué sur la sonde.

R. L.

De l'abaissement artificiel de l'utérus. (Artificial prolapse of the uterus, its dangers) par H. COE. *Med. Rec.*, New-York, 9 août 1890, t. XXXVIII, p. 141.

Le gynécologiste a recours à l'abaissement artificiel de l'utérus dans deux cas :

1° Pour permettre de faire un diagnostic ;

2° Pour rendre le champ opératoire plus facilement accessible au cours d'une intervention chirurgicale.

Cinq observations où ces manœuvres ont été suivies d'accidents inflammatoires, montrent qu'il ne faut pas en abuser, surtout lorsqu'il s'agit simplement de faire un diagnostic.

H. H.

Le traitement local des femmes non mariées. (Remarks of the

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1892, p. 110.

local treatment of the unmaried), par GEHRUNG. M. D., de St-Louis. *Am. J. of Obst.*, 1889, p. 927.

Le traitement doit être le même que chez la femme mariée, les maladies des filles étant, à peu de chose près, les mêmes que celles de la femme mariée.

L'auteur a remarqué que la malade et son entourage sont reconnaissants au médecin qui propose l'examen et le traitement locaux. (Gehrung étant connu comme spécialiste, on ne lui amène sans doute que les filles décidées à subir l'examen.)

Le spéculum est d'un petit volume. Son embouchure, lorsqu'il est ouvert, a 7 centim. de circonférence. Gehrung applique les pessaires, lorsque cela est nécessaire, et leur introduction n'est pas fort difficile. A. C.

Résultats obtenus dernièrement par l'électricité en gynécologie. (My recent experience with electricity in Gynecology), par P. F. MUNDE, de New-York. *Am. J. of Obst.*, 1890, juin, p. 561.

L'auteur emploie l'électrisation depuis 15 ans au moins, et s'en sert de plus en plus ; il a déjà publié, en 1885 sur ce sujet, dans l'*Amer. Journ. of Obst.*, t. XVIII, p. 1263, un mémoire très connu. A cette époque, il n'avait pas vu la clinique d'Apostoli, qu'il a visitée en 1886.

Dans le même journal (t. XIX, p. 920), Munde a raconté cette visite. Tout en considérant Apostoli comme parfaitement sincère, il le regardait comme fort enthousiaste.

Pour Munde, la faradisation est utile : dans les cas d'utérus et d'ovaires incomplètement développés, l'aménorrhée, la subinvolution utérine et la ménorrhagie, et dans les fibromes sous-muqueux de l'utérus.

La galvanisation réussit dans : l'hyperplasie utérine, l'oophorite chronique et la pachysalpingite, la pelvi-cellulite et la péritonite pelvienne, la névralgie pelvienne locale et réflexe, la dysménorrhée névralgique par obstruction, et les fibromes utérins.

L'auteur cite 8 cas.

Le cas I est un fibrome interstitiel, dans lequel l'aiguille galvanique a nécrosé les tissus ; Munde fut obligé de faire un nettoyage avec la curette. Un an après la tumeur avait disparu.

Cas II. Ménorrhagie ; insuccès de tous les traitements, succès de la galvano-ponction.

Cas III. Myôme. Ponction galvanique. Au bout de 8 mois la tumeur avait disparu. La malade n'est restée que 2 mois à l'hôpital.

Cas IV. Fibrome. 250 milliampères ; traitement suspendu. Malgré cette interruption la tumeur avait disparu 8 mois plus tard.

Cas V. Périoophorite ; grossesse, avortement provoqué. Galvano-ponction, 250 milliampères. Le traitement, fatiguant la malade, dut être interrompu et n'eut aucun effet utile sur la maladie.

Cas VI. Effet nul après 2 mois de traitement.

Cas VII. Fibrome pédiculé. Galvano-ponction vaginale, 250 milliampères. Pas de diminution de volume de la tumeur.

Cas VIII. Tumeur pelvienne molle, ménorrhagie. Ce symptôme a été amendé par le traitement, la tumeur n'a pas diminué.

L'auteur fait quand il le peut, les ponctions par le vagin, préalablement arrosé de sublimé à 1/5000. A. C.

Limites de la thérapeutique intra-utérine. (What are the rational Limitations of intra-uterine therapeutics), par ANDREW F. CURRIER, in the *New-York med. and Surg. Journal*, 15 février 1890, t. LI, p. 177.

Les affections utérines peuvent être rangées sous quatre groupes relativement à la thérapeutique à leur opposer : affections justiciables d'applications locales ou de courants électriques ; affections justiciables de la curette ; affections justiciables d'opérations plastiques ; affections justiciables d'une extirpation étendue.

P. N.

Un cas de mort, causée par l'introduction d'un dilatateur utérin, avec remarques sur l'emploi de cet instrument. (A death caused by a uterine dilator, with some remarks as to the proper method of using the dilator), par H. A. KELLY, de Baltimore. *Am. J. of Obst.*, janvier 1891, p. 42.

Un confrère emprunta à Kelly deux dilatateurs utérins, puis, quelques jours après, l'appela pour voir la malade qu'il avait opérée. Kelly enleva du col un fragment d'éponge puante ; au-dessus de l'orifice externe, il trouva une perforation de la paroi utérine postérieure, longue de 2 centimètres, qui conduisait dans le péritoine, et faite par l'instrument.

L'utérus était antéfléchi. Le confrère ne consentit à la laparo-

tomie que cinq jours plus tard. A ce moment, Kelly trouva dans l'abdomen un litre de sérum sanguinolent fétide, contenant des flocons de lymphe. L'opérée succomba au bout de 4 heures.

Kelly conclut qu'il faut rejeter les dilatateurs dont l'extrémité est aiguë, et ne se servir que de ceux qui ont un ressort destiné à rapprocher les branches, lorsque l'opérateur cesse la pression sur les manches. Il faut, dit-il, dilater successivement dans diverses directions, en déplaçant chaque fois l'instrument de quelques degrés d'arc. A. CORDES.

Des applications du dermatol dans la pratique gynécologique. (Die Verwendbarkeit des Dermatols in der Gynäkologischen Praxis), R. ASCH. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 6.

Le dermatol est un médicament sui generis, doué de propriétés tout à fait spéciales, différentes de celles de l'iodoforme. Sa place n'est pas celle de l'iodoforme, mais à côté, et son champ d'application est étendu. Il ne paraît pas posséder un pouvoir antiseptique considérable, mais, à cause de ses propriétés siccatives remarquables, il peut indirectement favoriser la guérison aseptique des plaies. Car, il empêche le développement des germes arrivés accidentellement sur les parties lésées, en soustrayant ou modifiant les milieux, les éléments favorables à ce développement. Il accélère en outre la guérison des plaies au-dessous de l'eschare sèche. D'autre part, il irrite au minimum les régions avoisinantes, et même, guérit rapidement les eczémas produits par d'autres substances médicamenteuses (sublimé, iodoforme). Il est, de plus, dépourvu de toute action toxique, peut subir, sans altération aucune, les procédés de stérilisation, et n'a pas, comme l'iodoforme, une odeur fâcheuse. Il convient admirablement pour maintenir l'asepticité de certaines plaies, dans des cas où ce but serait difficilement réalisable par les pansements ordinaires (déchirures périnéales récentes, suturées, etc.). Contrairement à Glaeser qui pense que l'emploi du dermatol dans la laparotomie permet d'enlever plus tôt les sutures de la plaie abdominale, l'auteur estime qu'il permet de les laisser plus longtemps, par la raison qu'on a moins à craindre une infection secondaire par des fils absolument secs. Asch a obtenu de bons résultats du tamponnement du vagin avec de la gaze au dermatol dans les cas de catarrhes du vagin. Il a vu également, sous le pansement au dermatol, un ulcère qui intéressait la por-

tion vaginale et les culs-de-sac vaginaux cicatriser rapidement. L'intertrigo cède parfois avec une rapidité surprenante aux applications de poudre de dermatol, après une seule ou deux applications en certains cas. R. L.

Le dermatol (1) **ne remplace pas l'iodoforme.** (Dermatol, kein Ersatz für Iodoform), E. GLAESER, *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 40, p. 801.

Le dermatol ne peut être substitué complètement à l'iodoforme, loin de là ! L'observation démontre que l'iodoforme est bien supé- pour le pansement des plaies putrides, en voie de suppuration, tandis que le dermatol est indiqué dans les cas de plaies aseptiques, propres, par instruments tranchants et en processus de granulation. L'action des deux substances est tout à fait différente. L'iodoforme active plutôt la sécrétion, le dermatol la supprime. Il importe donc de bien déterminer d'avance le but à atteindre, si l'on veut faire un emploi judicieux de ces deux substances. R. L.

De l'hydrastinine (2) **contre les hémorrhagies utérines.** (Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen). A. CZEMPIN. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 45, p. 905.

L'auteur a, dans l'espace de 9 mois, employé cette substance dans 52 cas. 5 de ces cas ne peuvent servir à juger le médicament. Des 47 autres, 12 se rapportaient à de l'*endométrite secondaire ;* c'est-à-dire à une hémorrhagie utérine sous la dépendance d'une phlegmasie plus ou moins aiguë des annexes de l'utérus. 5 fois, le résultat observé fut *très bon*, c'est-à-dire que les hémorrhagies, jusque-là abondantes, cessèrent sous l'influence du médicament, au bout de 24-36 heures. 3 fois, résultat *assez bon seulement*, c'est-à-dire que l'hémorrhagie diminua un moment sous l'influence du médicament, mais se reproduisit, quoique en petite abondance, ou bien, qu'elle ne cessa que peu à peu, seulement après 4-5 jours. 2 fois, l'action fut très bonne contre une première hé-

(1) Cette substance qui, au point de vue chimique, est un *gallate de bismuth*, a été préconisée par Heinz (de Breslau).

(2) Obtenue par oxydation de l'hydrastine, principe actif de l'*hydrastis canadensis*.

morrhagie survenue dans l'évolution ultérieure de la maladie. 2 fois, résultat négatif.

20 fois, il s'agissait d'*endométrite chronique*, allant jusqu'à l'endométrite hémorrhagique. 13 fois, résultat très bon ; 6 fois, assez bon ; 1 fois, complètement négatif. Dans 4 cas, il s'agissait de *myômes*, et, là, le résultat fut complètement négatif. 11 fois l'auteur eut affaire à des *états congestifs* de l'utérus ; il s'agissait 2 fois d'une première menstruation post-partum excessive, résultat très bon. 2 fois on eut affaire à une première menstruation excessive après avortement, le résultat fut mauvais. Par contre, l'ergotine fut employée avec succès. Dans 7 cas, il s'agissait d'états congestifs divers : hémorrhagies chez des vierges, hémorrhagies après une longue aménorrhée à la suite de maladies consomptives, etc. 3 fois résultat très bon, 2 fois complètement négatif. Au total, sur 47 malades, 26 résultats très bons, 9 médiocres, 11 négatifs.

Conclusions. — En aucun cas, on n'a constaté un effet fâcheux de l'usage du médicament. Il agit — d'après les recherches de Falk — par ses propriétés vaso-constrictives, et, particulièrement, sur les petits vaisseaux de la muqueuse. Aussi, l'hydrastinine ne peut-elle entrer en concurrence, dans tous les cas, avec l'ergot ou l'ergotine. Elle doit être rejetée quand il y a indication à agir sur la musculature de l'utérus, par conséquent, dans les cas de subinvolution puerpérale ou dans ceux d'hémorrhagies utérines par atonie de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. Par contre, elle convient très bien dans les états congestifs de la muqueuse utérine, compliqués de méno et métrorrhagie, liés soit à des troubles fonctionnels des ovaires (ménopause, hémorrhagies chez des vierges), soit à des processus pathologiques des annexes. Également, dans les cas d'affections catarrhales chroniques de la muqueuse utérine, quand il y a tendance marquée à des menstruations profuses ou à des hémorrhagies atypiques.

R. L.

De l'hydrastinine contre les hémorrhagies utérines. (Hydrastinin bei Gebarmutterblutungen), E. Falk. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 49, p. 985. — Les conclusions de l'auteur concernant les indications et les effets respectifs de l'hydrastinine et de l'ergot ou de l'ergotine, concordent avec celles de Czempin.

R. L.

De l'emploi du tannin iodoformé contre les exsudats liquides et du tannin boriqué contre les hémorrhagies. (Ueber die Anwendung der Iodoformtannins bei flüssigen Exsudation und Bortannins bei Blutungen). G. K. TER-GRIGORIANTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 46, p. 921.

Dans un cas d'exsudat périmétrique, durant, malgré les traitements employés, depuis 6 ans, l'usage du tannin iodoformé sous forme de sac, amena en 2 mois la disparition de cet exsudat. Un an après, l'examen n'en laissa constater aucune trace. Dans un autre cas, où l'exsudat périmétrique liquide, avait persisté, malgré tout, dans le cul-de-sac de Douglas, on obtint également la résorption après 2 mois du même traitement. Les exsudats péri-ovariques sont également résorbés rapidement. Les tuméfactions de l'ovaire, jusqu'à 2 et 3 fois le volume de l'organe, qui sont à l'occasion de la menstruation le point de départ de douleurs, diminuent aussi par l'emploi de ces sacs d'iodoforme. La menstruation s'effectue ensuite sans déterminer de souffrances. L'auteur emploie aussi ces sachets médicamenteux contre les exsudats récents, sans recourir simultanément aux injections chaudes. Dans 2 cas de phlébites utérines, un de ces sachets fut appliqué dans les 2 culs-de-sac vaginaux. Les deux malades guérirent ; l'une, chez laquelle l'affection était très intense, au bout de 25 jours, l'autre au bout de 15. Le tannin iodoformé n'a aucune efficacité contre les salpingites anciennes.

Dans les cas d'hémorrhagies, l'auteur a appliqué des sachets de tannin boriqué sur la portion vaginale, et il en a obtenu des résultats excellents alors que d'autres moyens avaient échoué.

R. L.

II. — TRAUMATISME ET GROSSESSE

Cancer du col, grossesse de trois à quatre mois ; insertion vicieuse, hystérectomie vaginale ; guérison. (A case of cancer of the cervix uteri, with coexisting pregnancy of three and an half to four months ; placenta prævia, vaginal hysterectomy ; recovery), par MARY A. SMITH, de Boston. *Am. J. of Obst.*, 1890, septembre, p. 941.

Malade de 39 ans, ayant 3 enfants, le dernier âgé de 18 mois. Dès octobre 1889, elle s'aperçoit que ses règles sont fort abondantes, qu'elle perd dans l'intervalle, puis que l'écoulement est presque incessant.

Le diagnostic de la grossesse ne fut pas posé positivement avant l'opération.

Précautions antiseptiques. Opération le 6 février 1890.

La température n'a jamais dépassé 38°,9. L'auteur remarque, que si l'on avait attendu quelques semaines l'hystérectomie vaginale n'aurait plus été possible. A. C.

Plaie par arme à feu d'un utérus gravide; laparotomie. Guérison. (Gunshot wound of the pregnant uterus; operation. Recovery). CHARLES BRADLEY. *North American practitioner*. Chicago, décembre 1890, t. II, p. 568.

Une jeune femme de 20 ans, enceinte de 6 mois, se tire un coup de revolver à 4 pouces à droite de l'ombilic. Choc modéré. Moins de 12 heures après l'accident, laparotomie médiane. L'abdomen contient du sang et des débris de vêtements. On trouve une perforation unique siégeant sur le fond de l'utérus en avant de l'insertion de la corne droite. Pas de trou de sortie; pas de blessure de l'intestin. La plaie utérine est fermée par 3 points de Lembert: drainage du péritoine. Le lendemain, expulsion d'un fœtus de 6 mois traversé de part en part.

La balle n'a pas été retrouvée; la mère a guéri. P. N.

Trois opérations césariennes, par D. O. OTT. *Vratch*, 1891, n° 8, p. 221, et n° 9, p. 245.

Dans le premier cas l'opération césarienne est pratiquée pour un fibro-myôme énorme occupant presque tout le petit bassin et empêchant la sortie de l'enfant. Castration, le fibro-myôme étant inopérable. Le tamponnement de l'utérus par l'iodoforme n'a pas prévenu l'hémorrhagie consécutive; l'auteur conseille, dans des cas analogues, de faire la ligature en bloc de toutes les parties de l'utérus dont les vaisseaux donnent; 7 mois après l'opération, le fibro-myôme n'a que peu diminué le volume. Dans le 2e cas, il s'agit d'un bassin rachitique très rétréci. Les suites opératoires furent normales. L'enfant à terme se développe bien. Chez la dernière femme, avec un bassin atrophique justo-minor, l'opération de Porro fut exécutée pendant l'éclampsie. Mort 60 heures après d'urémie. A l'autopsie on constate une néphrite parenchymateuse aiguë. L'enfant est bien portant.

Cancer de l'utérus chez une femme enceinte. (Cancer of the cervix

uteri with coexisting pregnancy; vaginal hysterectomy; recovery), par TAYLOR. *Medical Record*, 28 février 1891, p. 259.

Madame L. O'y, 41 ans, réglée à 14 ans, mariée à 24 ans, a eu six enfants et deux fausses couches. Elle est un peu pâle et a quelques douleurs dans le bassin, mais l'état général paraît bon. On trouve l'utérus volumineux : le fond se fait sentir au-dessus du pubis; le col est extrêmement dur et la palpation bimanuelle montre que l'utérus en entier forme un tout inflexible. Au spéculum on voit que le col est allongé, présente des nodosités et une coloration rouge vif; l'ensemble a les caractères d'une tumeur maligne. La femme ne se considérait pas comme étant enceinte; aucune modification du côté des seins, le volume de l'utérus peut être dû à la tumeur; les règles font défaut. On lui explique qu'il est possible qu'elle soit enceinte, mais que dans ce cas la marche naturelle de la grossesse entraînera la mort.

Le 4 juin 1890, on pratique l'hystérectomie. En isolant l'utérus en avant, on fit une déchirure de la paroi vésicale. Par l'incision faite en arrière du col, on introduisit une éponge pour maintenir les intestins dans la cavité abdominale. Le ligament large était très élevé et le doigt ne put retenir son bord supérieur; mais le doigt fut introduit à travers le ligament large du côté gauche et avec des ciseaux on fit une ouverture en avant à travers le péritoine au niveau de la pointe du doigt servant de guide et on compléta la séparation de l'utérus et de la vessie. On lia alors le ligament large. On libéra le côté droit de l'utérus comme on l'avait fait pour le côté gauche. L'utérus put alors être enlevé ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche, tandis que les annexes du côté droit avaient été laissées en place et liées en même temps que le ligament large du même côté. Il y eut une hémorrhagie assez intense qu'on arrêta du reste par des pinces qu'on laissa ensuite en place.

L'opération dura une heure un quart. La malade supporta assez bien l'opération. Pendant 20 heures les urines furent sanglantes. La dernière pince fut enlevée 60 heures après l'opération. La malade put quitter l'hôpital au bout de 20 jours. Elle se porte très bien actuellement.

L'examen de la pièce enlevée montra bien que, comme on l'avait pensé, il s'agissait d'un carcinome de l'utérus. L'utérus contenait en outre un fœtus d'environ 2 mois.

De la conduite à tenir dans la grossesse et l'accouchement compliqués de fibro-myômes du petit bassin. V. V. SOUTOUGUINE. *Vratch*, n° 1, 1891.

L'auteur est partisan de la plus large application de la myômotomie vaginale, l'énucléation des tumeurs fibro-myomateuses étant plus souvent praticable qu'on ne le croit généralement.

Dans le cours de la grossesse on n'interviendra qu'en cas d'indications urgentes ; mieux vaut éloigner la tumeur au terme de la grossesse et cela avant d'avoir essayé le forceps ou la version.

OBS. — Fibro-myôme du col de l'utérus, avortement spontané, énucléation de la tumeur, guérison. M. W.

Cancer du col utérin. Grossesse concomitante. Hystérectomie vaginale. Guérison. (Cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy ; vaginal hysterectomy ; recovery), par WALLACE TAYLOR, *Med. Record*, N.-Y, 28 février 1891, p. 259.

Femme de 42 ans, n'ayant pas eu ses règles depuis deux mois. Le col avait tous les caractères de l'épithélioma, le corps augmenté de volume, était dur comme du bois. L'hystérectomie fut faite sans autre incident qu'une hémorrhagie au niveau du ligament large gauche mal lié. Guérison sans incidents.

Cette pratique, au début d'une grossesse, semble actuellement la plus rationnelle. Attendre le terme expose à l'avortement ou tout au moins à l'opération césarienne avec mort certaine de la mère, au bout d'un court délai, même dans l'hypothèse la plus favorable. H. H.

Cancer de l'utérus compliqué de grossesse de 3 mois et demi à 4 mois. Hystérectomie vaginale. Guérison. (A case of cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy of three and one half to four months ; placenta prævia ; vaginal hysterectomy ; recovery), par MARY ALMIRA SMITH. *Amer. J. of obstetr.*, N.-Y., septembre 1890, p. 941.

A propos de son observation personnelle, l'auteur réunit 11 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer compliqué de grossesse : Spencer Wells, Galabin, Berthod (l'hystérectomie fut faite 24 jours après l'accouchement prématuré à 6 mois), Greig, Smith, Korn, Theim-Cottlus, L. Landau, Hofmeier, Brennecke, Kaltenbach.

Dans tous les cas l'hystérectomie fut suivie de guérison, aussi peut-on se dire aujourd'hui pleinement autorisé à rejeter les opérations palliatives, telles que l'excision du col qui expose à l'avortement et à tous les dangers de l'infection de surfaces récemment avivées. H. H.

Kyste de l'ovaire et grossesse. (An ovarian cyst, complicating pregnancy; obstructing labor and becoming gangrenous in the puerperal state). BARTON COOKE HIRST. *Medical News Philadelphia*, 12 juillet 1890, t. LVII, p. 37.

Femme porteur depuis plusieurs années d'une tumeur abdominale : à un certain moment apparaissent tous les signes rationnels d'une grossesse qui ne s'affirme qu'au 7e mois.

A 8 mois 1/2 l'auteur pratique à travers la paroi vaginale une ponction qui donne issue à un liquide foncé et grumeleux, et qui permet de faire la version.

Mais des phénomènes d'infection surviennent et nécessitent une laparotomie d'urgence. On trouva un gros kyste à parois noirâtres, adhérant à l'utérus et plein d'un pus fétide. L'ablation étant impossible, la poche fut suturée à la paroi et la malade guérit.

P. N.

Des corps fibreux compliqués de grossesse. S. POZZI. *Gazette médicale de Paris*, 24 mai 1890, t. VII, p. 241.

La grossesse donne souvent une impulsion très vive au développement des fibromes et cette hypertrophie peut déterminer des accidents qui réclament une intervention. Les corps fibreux sous-péritonéaux du fond de l'utérus, pédiculés ou sessiles, gênent rarement la parturition et on peut souvent se dispenser d'intervenir. Dans quelques cas cependant on pourra tenter une opération partielle (myômotomie) compatible avec la continuation de la grossesse si le fibrome est pédiculé ou si, étant sessile, il siège franchement sur le milieu du fond de la matrice. Dans les corps fibreux interstitiels à évolution abdominale l'avortement provoqué est une grande ressource ; mais si des raisons particulières militent en faveur d'une intervention précoce on aura le choix, suivant les cas, entre l'amputation supra-vaginale et l'opération césarienne toujours plus grave. L'ablation des polypes et des corps fibreux du col peut se faire sans gêner en rien la marche de la grossesse. P. N.

Grossesse et néoplasmes. (Schwangerschaft und Neubildung), GORDES. *Zeit. f. Geb. u. G.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 100.

Le but de ce travail est de rechercher la meilleure conduite à suivre dans les cas de néoplasmes qui se compliquent de grossesse. Les matériaux qui lui servent de base ont été réunis dans la clinique d'A. Martin. Tout d'abord, l'auteur met en relief la rareté de cette association, néoplasmes et grossesse, à l'aide des chiffres suivants : sur un total de 330 laparotomies, pratiquées dans le service de Martin, depuis le milieu de l'année 1887 jusqu'à la fin de 1889, — y compris les grossesses extra-utérines traitées par l'incision abdominale — 13 seulement se rapportent à cette association, soit une proportion de 4 p. 0/0.

1° *Tumeurs des organes pelviens.* — Des tumeurs ovariques et tubaires, 50 p. 0/0 étaient situées à gauche, pas tout à fait 25 p. 0/0 à droite, et les autres étaient bilatérales. L'ablation de ces tumeurs est indiquée, quand certaines complications, par exemple des adhérences étendues avec la matrice, n'y mettent pas obstacle. La grossesse n'est pas de ce fait troublée dans sa marche, et, point essentiel, l'utérus est garé contre les complications qui auraient pu naître de la présence de la tumeur ; réduction de l'espace nécessaire à son développement physiologique, troubles de nutrition résultant d'une torsion du pédicule. De même, Fehling est partisan de l'ovariotomie pendant la grossesse ; pendant le travail, il conseille de tenter la reposition de la tumeur ou de faire la ponction, la parturiente ayant été préalablement endormie.

2° *Tumeurs appartenant à la matrice. Myômes.* — Cette association de myômes et de grossesse fut observée 9 fois, chiffre relativement élevé, étant donnée la rareté de la conception dans le cas d'utérus myômateux. Ce sont surtout les myômes sous-muqueux, et les gros myômes interstitiels qui entraînent la stérilité, et lorsqu'ils ne l'ont pas empêchée, ils provoquent très souvent l'avortement. Aussi, la crainte d'interrompre la grossesse ne doit-elle influer d'aucune façon sur le choix du mode d'intervention. La grossesse est moins exceptionnelle dans les cas de myômes sous-séreux.

En ce qui concerne la conduite à tenir, on pourrait songer à l'accouchement prématuré. Mais il comporte des dangers souvent considérables : *hémorrhagies,* surtout quand l'insertion placentaire correspond au siège de la tumeur (défaut de contraction du tissu utérin correspondant), *processus puerpéraux.* Aussi, est-il

préférable de recourir à des procédés moins simples, mais moins incertains, aux procédés chirurgicaux.

Mais en principe, *l'extirpation chirurgicale des myômes n'est indiquée que lorsqu'ils menacent de troubler le développement de l'utérus ou la marche de la grossesse.*

L'expulsion d'un enfant à terme n'est pas empêchée par des myômes de petit volume, quand ils siègent au-dessus de l'anneau de contraction. En conséquence, ce n'est qu'au cas d'indications spéciales, qu'il y a lieu de procéder à l'extirpation de ces petites tumeurs.

Les myômes sous-séreux deviennent, grâce à la laparotomie, parfaitement accessibles au chirurgien. Et l'on est en droit d'espérer que l'opération ne sera pas suivie d'avortement, surtout si les tumeurs sont franchement pédiculées. L'avortement est beaucoup plus à plaindre quand il s'agit de myômes à insertion large, s'enfonçant entre les éléments musculaires de la matrice, et il peut se compliquer des dangers graves signalés plus haut : hémorrhagies, phénomènes de putréfaction *in utero* avec leurs conséquences. Il importe donc, dans les cas de myômes sous-séreux, de résoudre cette question : faut-il intervenir, faut-il attendre ? Quand les tumeurs sont pédiculées, l'intervention est indiquée. Dans le cas contraire, on doit attendre aussi longtemps que des phénomènes de compression de l'utérus, des annexes, des vaisseaux ne viennent pas forcer la main, à cause des chances d'avortement avec les dangers graves qu'il comporte dans ces conditions spéciales. S'agit-il de myômes sous-muqueux ou interstitiels, ceux qui entraînent le plus souvent l'avortement, les plus rares heureusement, il ne reste qu'à pratiquer l'extirpation simultanée de l'utérus et de la tumeur. Mais, il est bien entendu, qu'ici encore on n'opère que si les douleurs sont telles qu'il est impossible d'attendre plus longtemps, qu'il n'y a plus d'espoir de compter sur les bénéfices d'une opération césarienne ultérieure. Au cas de douleurs modérées, on peut attendre, mais il faut surveiller très attentivement l'évolution de la grossesse, pour ne pas risquer de laisser passer le moment « le plus propice » pour une opération césarienne. Si l'on en arrive à cette opération, on ne fera l'opération césarienne classique que s'il est possible d'enlever la tumeur en totalité. Cette condition étant irréalisable ou bien si de nouvelles grossesses devaient entraîner de grands risques (au cas, par exemple, d'ostéomalacie), on pratiquerait soit l'opération de Porro,

soit l'extirpation vaginale de l'utérus, suivant la technique de Martin.

3° *Tumeurs soi-disant malignes de l'utérus. Carcinomes.* — Avant tout, il s'agit de carcinomes du col. Dans quelques cas, plus compliqués, on se trouve en présence de cancers des ovaires ou des viscères abdominaux propagés à l'utérus. D'une manière générale, en présence de semblables tumeurs, si l'on reconnaît qu'il est possible d'enlever les tissus carcinomateux après ouverture du ventre, il faut pratiquer la laparotomie, sans se préoccuper le moins du monde du sort de l'œuf. Quand le carcinome est inopérable, seule, malheureusement, l'expectation est de mise. Quand il est justiciable d'une opération, et que la grossesse n'est qu'à un mois environ de son terme normal, peut-on la laisser évoluer jusqu'au bout? Le mieux est de provoquer immédiatement l'accouchement, puis de faire une opération radicale, seule conduite capable de sauver les deux existences.

Tumeurs intra-ligamentaires. — Les indications sont à peu près les mêmes que lorsqu'il s'agit de tumeurs des annexes, non adhérentes à l'utérus. Il faut opérer quand il est facile d'isoler les tumeurs intra-ligamentaires de la matrice.

R. L.

Fibro-myôme du corps de l'utérus compliquant une grossesse, D. Berlin. *Arch. de Toc.*, 1890, n° 10, p. 700.

C'est à environ 8 mois de grossesse que l'auteur fut appelé à examiner la femme qui fait le sujet de cette observation.

Agée de 42 ans, mariée depuis 20 ans, restée stérile jusqu'alors, cette personne avait remarqué, 2 à 3 années auparavant, la présence d'une tumeur abdominale, dure, de la grosseur d'une orange, qui d'ailleurs ne lui causait aucun mal. Jusqu'en janvier 1889, elle avait été parfaitement menstruée, mais, en février et en mars, les règles manquèrent, et, d'autre part, la tumeur prit un accroissement considérable. Elle consulta alors plusieurs médecins, et en particulier Labbé et Rendu, qui soupçonnèrent un début de grossesse et mirent sur celle-ci le développement rapide de la tumeur, qu'ils jugèrent être un fibrome utérin. Ils firent entrevoir à leur cliente, qu'il serait peut-être prudent de provoquer, à un certain moment, l'accouchement prématuré pour prévenir les dangers que le néoplasme pourrait entraîner dans un accouchement à

terme. Mais la femme exprima la volonté formelle que la grossesse ne fût point interrompue.

Or, à 8 mois environ, le Dr Berlin faisait les constatations suivantes : existence de 2 tumeurs abdominales, situées approximativement de chaque côté de la ligne médiane. A gauche, tumeur offrant la consistance d'un utérus gravide, à droite tumeur beaucoup plus dure, descendant jusqu'au voisinage des fausses côtes, remplissant l'hypochondre droit, et paraissant nettement reliée à la précédente. A gauche, tête fœtale, non engagée, foyers des doubles battements fœtaux au-dessous de l'ombilic et à gauche. Col conique, orifice lenticulaire ; tumeur inaccessible par le vagin. Le 12 septembre les diamètres maxima du néoplasme étaient : en hauteur 42 cent., en largeur 33 cent. Le 20 octobre, début du travail. Dilatation fort lente. Application de forceps au détroit supérieur, et, sous l'influence de tractions assez énergiques, engagement de la tête dans le bassin, mais comme la tête ne tourne pas, le forceps est retiré, et l'auteur, ayant introduit la main dans le vagin, réussit, à l'aide de pressions sur la bosse pariétale gauche à tourner l'occiput en avant ; 2e application de forceps, laborieuse, mais qui amène un enfant du poids de 3600 grammes, en état d'asphyxie, mais que quelques flagellations suffisent à ranimer. Quelques minutes après, une hémorrhagie assez abondante nécessite l'extraction manuelle du délivre. Ergot de seigle, injections chaudes de biiodure d'hydrargyre. Il ne se produit plus d'hémorrhagie. Suites de couches apyrétiques, à peu près normales. Pourtant, à 2 ou 3 reprises l'accouchée se plaint de sensations d'étouffement pendant la nuit. La tumeur suit le mouvement d'involution de l'utérus, car ses diamètres sont réduits, le 25 octobre, à 32 cent. et 29 cent.

Malgré l'évolution très rassurante des suites de couches (l'auteur avait, avant, pendant et après le travail, institué une antisepsie rigoureuse), l'accouchée, sans s'être levée, sans avoir commis la moindre imprudence, fut prise, brusquement, le 31 octobre, dans la soirée, de suffocation et succomba en quelques instants, probablement (pas d'autopsie) par embolie cardio-pulmonaire.

R. L.

Rapports de la grossesse masquée avec la chirurgie abdominale. (Conciliated Pregnancy ; its relations to abdominal surgery), par

A. Van der Veer, professeur au collège médical d'Albany. *Amer. J. of Obst.*, 1889, nov., p. 1121.

L'auteur rapporte deux cas personnels, et huit autres cas qu'il a pu réunir, dans lesquels le médecin fit la laparotomie, sans avoir diagnostiqué la gestation.

Quatre des opérées moururent peu après l'opération, cinq survécurent. L'auteur ne connaît pas le sort de la dixième.

Les opérateurs étaient : Van der Veer (fibrome, sarcome) ; C, Kellock, R. Barnes, Granville, Bantock (sarcomes) ; Péan, Fauvel, A. Patterson (fibro-myômes) ; J. H. Etheridge, L. Washif (fibrômes multiloculaires).

L'auteur croit que, dans tous les cas, les symptômes indiquaient l'opération, et il s'appuie sur l'opinion énoncée par L. Tait : « Lorsque la vie est menacée, ou insupportable, que les traite- « ments ordinaires sont impuissants, le diagnostic exige une « incision exploratrice, qui le fixera et ouvrira la voie au traite- « ment ».

Puis Van der Veer discute les détails de 68 cas de ce genre et conclut ainsi :

1° Les conditions étaient telles que, si elles se rencontrent dans d'autres cas, on ne pourra pas éviter la même erreur.

2° et 3° Avant d'opérer, le chirurgien s'entourera de toutes les sources de lumières qui seront à sa portée, et examinera soigneusement la malade.

4° Lorsqu'il aura le moindre soupçon de grossesse, il en fera part à la malade ou à son entourage.

5° Il exposera aux intéressés la nécessité de l'intervention.

6° Il est nécessaire de rapporter en détail tous les cas de ce genre, afin d'en éclairer l'histoire.

7° On doit reconnaître que surtout jusqu'au 5e ou au 6e mois, la grossesse peut être masquée par quelque maladie abdominale.

A. C.

Tumeur fibreuse empêchant l'accouchement ; opération césarienne. (Labor complicated by a fibroid tumor ; cæsarean operation). Gibb. *Medical News, Philadelphia*, 29 mars 1890, vol. LVI, p. 333.

Primipare de 35 ans ; bassin normal ; présentation de la tête en position gauche. Au bout de 48 heures, les contractions ont cessé et on trouve une tumeur, située au niveau du détroit supérieur et

empêchant de sentir le col. La laparotomie est pratiquée, le tissu utérin, pâle et parsemé de grosses veines, est incisé sur une longueur de 4 à 5 pouces ; l'enfant est rapidement extrait et ramené à la vie. Réunion de la plaie utérine par 10 sutures profondes et 10 sutures superficielles de Lembert. Ablation d'une tumeur fibreuse fixée par un fin pédicule à la face postérieure du corps utérin. La malade meurt 55 heures après d'une péritonite, vérifiée à l'autopsie.

L'auteur rappelle que sur les 17 cas d'opération césarienne réunis par Harris, cette opération a été pratiquée 3 fois pour tumeur fibreuse, une fois pour cancer du col, une fois pour tumeur du sacrum. De ces cinq opérées, 2 ont guéri. P. N.

Hernie crurale étranglée chez une femme en couches. (Strangulated femoral hernia after parturition ; operation ; recovery), par C. Kidd. *Lancet*, 21 juin 1890, t. I, p. 1352.

Une femme de 41 ans, qui portait depuis longtemps une hernie crurale droite, fut prise au sixième jour de son accouchement d'accidents d'étranglement. C. Kidd opéra et trouva, derrière l'épiploon, une petite anse qu'il réduisit. Il termina par l'extirpation du sac. La malade guérit. Les cas de ce genre sont exceptionnels : C. Kidd n'a pu trouver comme fait semblable qu'une observation de hernie ombilicale étranglée chez une femme en couches, publiée par Bracey en 1882 à la Société médicale de Midland.

Myôme et grossesse, opération césarienne. (Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt), par Everke. *Deutsche med. Woch.*, 17 juillet 1890, n° 29, p. 630.

On discute encore sur la meilleure conduite à tenir dans les cas e dystocie par myôme utérin. Dans son observation personnelle, Everke a fait la laparotomie à terme, la dystocie ayant été reconnue lorsque les douleurs avaient déjà commencé.

L'enfant fut extrait vivant et l'utérus fut suturé. Mais il devint alors évident que le myôme était cervical et ne pouvait être atteint par cette voie. Immédiatement, il fut donc énucléé par la voie vaginale.

La femme a guéri, l'enfant a vécu.

Il est à noter qu'en outre cette malade souffrait d'un goitre exophthalmique. A. B.

Grossesse et ovariotomie. (A case of ovariotomy complicated by pregnancy), par H. RICHARDSON. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 novembre 1889, vol. CXXI, p. 480.

Cet article est la relation d'une laparotomie où l'auteur croyant ponctionner un kyste de l'ovaire, ponctionna un utérus gravide de quatre mois environ ; il s'écoula une bonne quantité de sang et il fallut fermer cette plaie utérine à l'aide de deux points de suture au catgut.

Mais il existait en même temps, un kyste, développé au-dessus de l'ovaire droit, à long pédicule, qui fut enlevé facilement. La malade guérit parfaitement et sa grossesse a continué à évoluer normalement. P. N.

Grossesse et intervention chirurgicale. (Pregnancy and operative surgery, their mutual relations). S. C. GORDON, *Boston med. and surg. Journal*, 17 octobre 1889, vol. CXXI, p. 385.

Des ovariotomies, des castrations tubo-ovariennes, des trachélorraphies ont montré que l'on pouvait agir impunément sur les organes même les plus voisins d'un utérus gravide.

Suit une observation de laparotomie pratiquée sur une femme enceinte pour ablation d'un fibrome développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus. La malade guérit et accoucha au neuvième mois sans incident. P. N.

Un cas de tolérance particulière d'un utérus gravide. (A case of unusual tolerancy of the pregnant uterus). CHARLES L. LANG. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, II, 707.

Femme en traitement depuis 3 mois pour un engorgement utérin avec périmétrite (applications locales sur le col, douches chaudes, etc.). L'utérus avait le volume d'une grossesse de 4 mois; pour le mesurer plus exactement, on introduisit dans sa cavité une curette, 5 mois plus tard la femme accouchait à terme d'un superbe bébé.

(Nous avons de même vu une grossesse de 3 mois continuer après un cathétérisme de l'utérus.) H. H.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE NAPLES.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR O. MORISANI (1).

MESSIEURS,

Je n'ai pas l'intention de vous faire aujourd'hui l'histoire de la symphyséotomie ni de vous exposer les vicissitudes de cette opération depuis l'époque où elle fut proposée par Sigault jusqu'à l'heure présente. Je ne vous donnerai pas non plus les statistiques de la section de la symphyse : cela a été déjà fait dans d'autres opuscules que j'ai publiés. Je me propose seulement d'exposer devant vous : 1° *le mécanisme de l'augmentation de capacité du bassin qu'on peut obtenir* à la suite et par l'effet de la section de la symphyse du pubis ; 2° *les limites de l'indication de cet acte opératoire*; 3° la comparaison de cette opération avec celles qu'on pourrait lui substituer ; 4° *les causes qui ont rendu jadis la sym-*

(1) Cette conférence fut faite le 15 février dernier en présence du Dr Charpentier, de Paris. Je la publie afin que, en ce moment où la question de la symphyséotomie est examinée et discutée par plusieurs des hommes qui font autorité en obstétrique, chacun sache quelles sont sur cette opération les opinions de ceux qui n'ont jamais cessé de défendre son emploi avec foi et conviction.

physéotomie si grave pour les femmes et pour les enfants.

Je fonde mon jugement sur 12 opérations de symphyséotomie pratiquées par moi dans cette clinique (1) depuis la publication de la dernière statistique présentée au congrès national d'obstétrique et de gynécologie tenu à Rome en 1886. Je sais que quelques-uns de mes collègues ont pratiqué de semblables opérations avec d'excellents résultats; je sais aussi que quelques-uns de mes aides en ont fait un certain nombre en ville avec plein succès. Le temps viendra où toutes ces observations seront rassemblées et publiées. Pour le moment permettez-moi de n'invoquer que mes 12 opérations dans lesquelles j'obtins pour 12 mères la guérison et je sauvai les 12 enfants (2).

I. — En 1863, dans mon mémoire sur les *Rétrécissements du bassin*, je cherchai, en m'appuyant sur quelques expériences faites sur des cadavres de femmes, à établir le mécanisme de l'augmentation des diamètres du détroit supérieur du bassin après la section de la symphyse et les limites de cette augmentation. Je n'ai rien ou peu de chose à ajouter à ce que j'écrivis alors; les observations et les expériences faites depuis ont confirmé mes appréciations.

Lorsqu'on a incisé le cartilage interpubien chez une femme en travail ou sur un cadavre de femme morte en couches, les deux pubis s'écartent de 3 à 4 centimètres. L'écartement a lieu spontanément avec les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Si l'on écarte les cuisses par une légère pression sur leur face interne, l'écartement peut aller avec une grande facilité à 6 et même à 7 centimètres sans produire aucune lésion des symphyses sacro-iliaques. Celles-ci sont, à vrai dire, un peu écartées, les lames fibreuses superficielles un peu distendues, mais les tissus qui

(1) Voyez le n° de janvier des *Annales de gynécologie.*

(2) Un des enfants fut extrait par la version après un long travail et alors que les membranes étaient rompues depuis 24 heures. Il naquit asphyxié; il fut ranimé par les moyens convenables, mais il mourut au bout de 12 heures.

forment l'articulation se conservent parfaitement intacts et indemnes.

Par des pressions énergiques et lentes, l'écartement entre les pubis peut être encore plus considérable. Giraud est arrivé, sur des cadavres de nouvelles accouchées, jusqu'à 81 millimètres; mais alors les symphyses sacro-iliaques éprouvent des désordres et des lésions plus ou moins considérables et graves, lesquels varient du reste, en raison du plus ou moins de souplesse et d'élasticité des attaches fibreuses.

Cela étant admis, voyons quelle est l'influence de l'écartement des pubis sur les diamètres du bassin.

Tous ceux qui se sont occupés de la symphyséotomie ont admis que les pubis divisés se portaient en avant à mesure qu'ils s'écartaient, et que c'était ainsi que se trouvait augmenté le diamètre antéro-postérieur. Nous ne partageons pas cet avis. Tout d'abord, si nous voulons parler rigoureusement, l'augmentation de ce diamètre antéro-postérieur n'existe pas, puisque la symphyse où devrait aboutir ce diamètre est elle-même détruite. Si l'on considère comme diamètre antéro-postérieur la ligne qui finit sur le point où se trouvait la symphyse, et où correspondent les parties molles après l'opération, cette ligne est augmentée autant que le permet la distention des parties molles; mais cette augmentation ne peut pas contribuer seule à faciliter l'accouchement.

Donc l'accroissement de longueur ne porte pas sur le diamètre antéro-postérieur, mais sur deux lignes qui du milieu du promontoire vont aboutir à chacun des pubis écartés.

Ces deux lignes sont réellement augmentées mais non par une projection en avant des os disjoints. En effet, la force capable de pousser en avant les os iliaques devrait être appliquée de dehors en dedans sur la moitié postérieure du bassin, ou bien de dedans en dehors sur la moitié antérieure; or, il n'existe, que je sache, aucune force dans la partie postérieure du bassin ni dans la partie antérieure. L'écartement des pubis a lieu par l'effet de l'élasticité des liga-

ments des articulations sacro-iliaques, mise en jeu par l'action des masses musculaires qui entourent le bassin et par la pression exercée sur les cuisses; ces forces sont toutes appliquées latéralement aux os qui tournent et n'ont par conséquent aucune influence pour les pousser en avant.

L'augmentation de longueur des deux lignes sacro-pubiennes tient donc à une cause tout à fait différente. Réfléchissez en effet que la ligne tendue entre le milieu du promontoire et le sommet de la symphyse est une ligne droite, tandis que les pubis une fois divisés, les deux lignes qui vont du milieu du promontoire jusqu'à chacune des extrémités des os séparés sont obliques.

Les deux os iliaques représentent les deux arcs d'une figure curviligne qui s'éloignent l'un de l'autre en prenant, lorsque leur extrémité antérieure est devenue mobile, un point d'appui sur leur extrémité postérieure qui est la symphyse sacro-iliaque, et en roulant en quelque sorte sur un corps fixe qui est le sacrum. On conçoit tout naturellement que, plus grande sera la rotation effectuée par les arcs, plus longues seront aussi les cordes de ceux-ci, ou, ce qui revient au même, les deux lignes qui du centre fixe vont aux extrémités mobiles.

Le calcul de l'augmentation de longueur a déjà été fait par Leroy et mes expériences confirment à peu près ce calcul. Pour chaque centimètre d'écartement pubien, on obtient une augmentation de presque 2 millim. et demi, de sorte que, avec 6 centim. de distance interpubienne, les lignes sacro-pubiennes gagneraient 13 à 15 millim. de longueur.

Non seulement ces lignes s'allongent, mais proportionnellement s'accroissent aussi toutes les autres que du milieu du promontoire on pourrait tirer à chaque point de la moitié antérieure du bassin, comme les branches horizontales du pubis, les cavités cotyloïdes, etc. Cette augmentation n'a pas été très étudiée par les auteurs, mais elle est très utile à connaitre étant donné que souvent, sur les bassins viciés, toute la portion antérieure du canal pelvien est étroite, et

que l'obstacle au passage de la tête existe non seulement entre le sacrum et les pubis, mais aussi dans toute la longueur des branches horizontales et jusqu'au delà des cavités cotyloïdes.

C'est pourquoi nous pouvons dire d'une manière générale que, par la section de la symphyse pubienne, on obtient une augmentation réelle dans la capacité de l'aire pelvienne.

Il y a plus. La tête, poussée par les contractions utérines, descend dans le bassin et une de ses bosses pariétales (l'antérieure) s'engage dans le vide existant entre les pubis divisés. De là résulte une augmentation indirecte des lignes pelviennes antéro-postérieures, par diminution relative du diamètre bipariétal de la tête fœtale. Cette augmentation peut être évaluée à 6 ou 8 millimètres, ce qui fait en somme un accroissement des lignes antéro-postérieures de 20 à 22 millimètres.

En outre, les diamètres transverse et obliques sont aussi très allongés et cet allongement peut être évalué au quart ou à la moitié de l'écartement des pubis, selon que nous nous éloignons ou nous approchons des extrémités du diamètre transversal.

II. — De ce que nous venons de dire, découle l'exacte appréciation des limites dans lesquelles doit être établie l'indication de l'opération qui nous occupe.

Réfléchissons, en effet, que l'écartement des pubis ne doit pas dépasser 6 centimètres, si l'on veut conserver l'intégrité des articulations sacro-iliaques; avec cet écartement, les lignes sacro-pubiennes gagnent 13 à 15 millimètres : l'engagement de la bosse pariétale antérieure nous fournit une réduction qui ne dépasse pas plus de 6 à 8 millimètres, ce qui fait gagner en somme de 20 à 22 millimètres. Premier résultat.

D'autre part, songeons que le diamètre bipariétal d'un fœtus à terme est en moyenne de 95 millimètres et, avec un peu de réduction, de 90 millim. et nous comprendrons facilement que, avec la section de la symphyse, l'accouchement sera possible, mais avec quelques difficultés,

dans les rétrécissements de 67 millim. de conjugué, et facile avec ceux de 70 millim. C'est la limite inférieure de la symphyséotomie, et c'est dans ces sortes de rétrécissements que l'opération peut être utile et bienfaisante. Au delà, elle n'est plus indiquée et, bien qu'on en ait obtenu quelques avantages dans des circonstances exceptionnelles, son emploi n'est plus logique ni rationnel.

La limite supérieure s'établit généralement à 88 millim. On ne doit pas objecter que avec 81, et encore plus avec 88, l'accouchement est possible à la rigueur par les seuls efforts naturels ou par l'application du forceps. Certes, dans des circonstances exceptionnelles, avec une tête de fœtus petite ou très réductible, les forces naturelles suffisent parfois à vaincre l'obstacle, et à compléter l'expulsion; mais dans les conditions normales il n'en est pas ainsi.

Je sais bien que les tractions énergiques, violentes, prolongées avec le forceps ont suffi dans certains cas pour extraire la tête fœtale dans ces conditions d'étroitesse; je me rappelle encore d'une époque où l'on ajoutait à la force déjà grande de l'accoucheur, celle d'un assistant non moins vigoureux et robuste; on tirait alors sans relâche avec l'énergie combinée de quatre mains, et avec la volonté de personnes qui savaient fort bien que l'insuccès de leurs tentatives entraînerait forcément la nécessité de perforer le crâne et de broyer la base. Il arrivait souvent que les difficultés cédaient à de tels déploiements de forces; les obstacles étaient vaincus et on parvenait à extraire la tête; mais alors on obtenait rarement un enfant vivant : ou bien il était déjà mort, ou bien il présentait de telles lésions sur les os du crâne, qu'il succombait en quelques heures.

Alors le forceps n'est plus un instrument de salut; il n'est qu'un agent fœticide et l'opération devient une céphalotripsie déguisée; notez que cette dernière opération aurait été pour les organes maternels moins grave et moins offensive.

Depuis 1863, je proposai dans des circonstances semblables, après avoir accordé le temps nécessaire à l'expectation, de faire précéder la section de la symphyse d'une discrète et prudente tentative d'extraction par le forceps, lequel devrait être mis de côté aussitôt que les tractions modérées nous auraient démontré une grande difficulté à l'engagement de la tête.

III. — On ne peut plus accepter aujourd'hui certains parallèles établis entre la symphyséotomie et quelques autres opérations obstétricales. En effet, on ne peut pas comparer la section de la symphyse avec l'accouchement prématuré. A vrai dire, l'accoucheur qui, en présence d'une femme dans le septième ou le huitième mois de sa grossesse, et avec un rétrécissement du bassin, lui conseillerait d'attendre la fin de sa grossesse pour lui ouvrir la symphyse, ferait de la mauvaise chirurgie. L'accouchement prématuré est en pareil cas préférable si nous voulons écouter les suggestions de la science et de la conscience.

Mais quand la grossesse est arrivée à terme, et, plus encore, quand l'accouchement est commencé, il est clair que la seule ressource pour l'homme de l'art sera la symphyséotomie.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur la comparaison entre la symphyséotomie et l'opération césarienne. Les limites des deux opérations sont nettement établies. *L'une commence là où l'autre finit.* Nous ne pouvons pas accepter l'extension qu'on a voulu donner à l'hystérotomie en ces derniers temps. Éblouis et presque séduits par une statistique à laquelle il eût été folie de songer jadis, quelques accoucheurs n'ont pas hésité à inciser le ventre et l'utérus avec une facilité exagérée, presqu'à la légère. Nous restons fidèles à l'indication de l'opération césarienne là où le conjugué est inférieur à 67 millim.

La seule opération qu'on puisse comparer à la section de la symphyse est la perforation du crâne et le broiement de

sa base. Or, on ne peut pas dire que cette opération soit inoffensive pour la mère.

Je sais bien que, grâce aux perfectionnements apportés aux instruments embryotomiques dans ces dernières années, à l'habileté des opérateurs et à l'usage des moyens antiseptiques, on obtient d'excellents résultats ; je n'ignore pas que le savant directeur de la clinique obstétricale de Paris, le professeur Pinard, a pratiqué un grand nombre de basiotripsies, sans aucune mortalité pour les mères. Je concède qu'il en soit ainsi ; mais tous les fœtus sont sacrifiés.

Sur 12 basiotripsies, par exemple, on obtient 12 femmes guéries et 12 enfants morts.

Or, rappelez-vous la statistique de la symphyséotomie que je vous donnais en commençant et dans laquelle, sur 12 opérations, on a eu 12 femmes guéries et 12 enfants vivants, et vous conclurez facilement que les avantages sont pour la section de la symphyse.

IV. — Pour bannir de la pratique la symphyséotomie, on a invoqué les tristes résultats de cette opération relevés par la statistique. Or, des études rigoureuses soigneusement faites d'après les chiffres invoqués, je crois qu'on peut conclure : 1° que les résultats de la symphyséotomie ont été très graves pour les mères alors que l'opération était pratiquée au delà des limites inférieures à son indication ; 2° que même dans les justes limites, les insuccès étaient peut-être dus à l'époque du travail à laquelle on opérait et à la technique opératoire ; 3° que les accidents consécutifs tenaient souvent aux lésions des parties génitales qui précédaient l'acte opératoire, ou au manque des précautions antiseptiques ; 4° que la mort des fœtus doit être attribuée bien plus aux moyens accessoires employés pour l'extraction qu'à l'opération elle-même. En résumé, selon la phrase de Jacolucci : « la statistique de « la symphyséotomie comprend les résultats de l'opération « et ceux des fautes des opérateurs ».

Je ne parle que pour mémoire des lésions de l'urèthre ou de la vessie consécutives à l'opération, parce qu'il est de

toute évidence que celles-là ne doivent pas être attribuées à l'acte opératoire, mais plutôt au manque de prudence de celui qui l'exécutait : « *dell'artefice son colpa e non del arte* ».

J'ajouterai enfin que la réunion de la symphyse divisée et la consolidation du bassin s'effectuent généralement en deux ou quatre semaines après l'opération, et que les femmes opérées ne présentent aucun trouble de la marche.

Vous avez eu l'occasion de vous rassurer sur ce point par l'examen de la femme que je vous ai présentée, laquelle a été déjà opérée deux fois ; et par celui des autres femmes qui ont été opérées dans la clinique et que vous avez eu l'occasion d'observer avant leur départ.

Le manuel opératoire est le suivant : La femme est placée sur le bord du lit dans la position classique, et endormie. L'opérateur se place devant. Ayant rasé et soigneusement désinfecté les parties génitales et l'hypogastre, on introduit, dans la vessie une sonde de femme en métal ; puis on fait, à deux centimètres du bord supérieur de la symphyse, une incision verticale de 2-3 centimètres de long ; les tissus sont incisés jusqu'à ce qu'on arrive au bord supérieur de l'articulation ; on décolle les tissus rétro-pubiens en rasant la face postérieure de la symphyse, et par cette voie on introduit, sous le contrôle du doigt, l'instrument que vous voyez et qui n'est autre que la faucille de Galbiati, sorte de bistouri fort, boutonné et recourbé sur le tranchant. Le bouton dépasse le bord inférieur de l'articulation, sur laquelle vient appuyer le tranchant courbe de l'instrument : ensuite avec un mouvement d'élévation et d'inclinaison en avant du manche, la jointure est divisée de bas en haut et d'arrière en avant.

J'ajouterai que je n'ai pas toujours employé la faucille pour diviser l'articulation ; plus d'une fois, je me suis servi d'un bistouri boutonné à lame courte et résistante et l'articulation fut attaquée d'avant en arrière. J'eus recours pour la première fois à ce procédé pour un accident arrivé au milieu d'une opération ; la faucille se cassa au moment où je

commençais la section de l'articulation ; l'opération fut achevée sans difficulté et sans inconvénient.

Lorsqu'on a fait la section de la symphyse, on abandonne l'accouchement à la nature, si les contractions utérines sont suffisamment énergiques et efficaces. Dans le cas contraire, on fait l'extraction avec le forceps en ayant soin d'exercer une pression modérée sur les trochanters pendant la traction, afin d'éviter l'écartement brusque des os iliaques.

L'accouchement terminé, on nettoie la plaie, on fait des lavages antiseptiques après l'hémostase et on applique une suture à points séparés. Le pansement se fait avec du coton et une ceinture.

Je ne parlerai pas de quelques modifications apportées à ce procédé parce que je les considère comme sans importance. J'indiquerai seulement que, dans la dernière séance du Congrès d'obstétrique et de gynécologie, le Dr Mancusi, ancien assistant de cette clinique, a proposé de substituer à la faucille un scalpel avec deux guides protecteurs, afin d'attaquer l'articulation de haut en bas d'une façon qu'il croit plus facile et plus rapide.

Je vous présente aussi un instrument que le Dr Spinelli a fait construire par Mathieu à Paris. Il est formé d'un scalpel et d'un manche.

La lame du scalpel est triple ; chaque lame est de longueur différente pour répondre aux différences de longueur que peut présenter la symphyse.

Le manche est unique et peut être vissé à chaque lame. Sur une des faces des scalpels on trouve une échelle graduée et un curseur qui sert, une fois fixé, à limiter le tranchant d'après les diverses hauteurs de la symphyse mesurée d'avance. Chaque lame est de plus pourvue d'un double guide protecteur qui empêche la lésion des tissus placés devant ou derrière l'articulation.

Je vous ai déjà fait quelques remarques à propos de cette manière d'ouvrir la symphyse avec le scalpel, et il n'est pas nécessaire d'y revenir. Certainement cet instrument de

Spinelli est ingénieux et même élégant et, à conditions égales, pourrait être préféré à un autre semblable.

Je finirai en vous remerciant de l'attention bienveillante avec laquelle vous avez bien voulu suivre cette conférence, et en faisant des vœux pour que, triomphant enfin de la défiance et du discrédit, avec la coopération de nos illustres collègues, l'opération de la symphyséotomie reprenne dans la pratique la place qu'elle mérite. Ce sera la meilleure des récompenses du travail et du temps employés pour la mettre en lumière et la faire justement apprécier (1).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE DU TRAITEMENT DES MÈRES SYPHILITIQUES, SURTOUT PENDANT LA GROSSESSE, SUR LA SANTÉ DES NOUVEAU-NÉS

Par **Georges Étienne**, interne des hôpitaux de Nancy.

Depuis quelques années, on a beaucoup étudié les rapports réciproques de la syphilis et de la grossesse ; les travaux de M. le professeur Fournier, surtout, ont imprimé à toute cette partie de la syphiligraphie un véritable essor. Ainsi qu'il l'a démontré, si la grossesse complique la syphilis et lui donne un véritable coup de fouet, en revanche, sous la double influence de la vérole et de la grossesse s'établit

(1) J'avais déjà fait cette conférence quand j'eus l'occasion de lire la savante leçon faite par le Dr Pinard à la Clinique obstétricale de Paris (*Annales de gynécologie*, 15 février 1892). La question y est magistralement exposée ; je désire que l'illustre chef de la Clinique française puisse au plus tôt se convaincre sur la femme vivante des bienfaits de la section de la symphyse.

En attendant, je le prie de vouloir bien agréer l'expression de mes plus sincères remerciements pour les paroles pleines de courtoisie qu'il m'adresse au cours de sa leçon.

un état général grave qui, à son tour, réagit sur la grossesse et peut amener soit l'expulsion d'un fœtus avant le terme de sa viabilité, soit l'expulsion au terme normal d'un fœtus mort ou qui, s'il naît vivant, ne tarde pas à succomber. *Fréquence de l'avortement et mortalité énorme des enfants nés vivants*, tel est, en deux mots, le résultat de l'action de la syphilis sur la grossesse. Nous pensons que cette fréquence est encore bien plus grande en réalité qu'on ne le croit généralement en se basant sur les statistiques publiées jusqu'à présent.

Heureusement, à côté de cette effrayante mortalité, nous connaissons l'influence favorable du traitement spécifique sur les avortements dus à la syphilis.

Néanmoins, si l'on est d'accord sur le fond même de ces questions, on constate chez les auteurs de très grandes divergences d'opinion sur certains points de détail qui demandent encore à être élucidés. C'est pourquoi nous voudrions rapporter ici une statistique qui nous paraît très concluante et qui démontre l'heureuse influence du traitement de la mère sur la vitalité du nouveau-né au moment même de l'accouchement.

Nous avons systématiquement et minutieusement recherché les accidents ou les antécédents syphilitiques chez toutes les femmes qui ont été à la Maternité de Nancy pendant notre année d'internat dans le service de M. le professeur Alph. Herrgott. Nous avons pu ainsi observer trente-deux cas de grossesse chez des femmes syphilitiques. Ce sont eux que nous allons rapporter ici.

Nous avons divisé nos observations en 3 catégories :

1) Syphilis non traitée.

2) Syphilis traitée avant la grossesse.

3) Syphilis traitée pendant la grossesse.

Puis, après avoir donné les résultats obtenus par notre statistique personnelle au point de vue de l'influence du traitement, nous chercherons à les contrôler par ceux que nous fourniront les archives de la Maternité de Nancy, et enfin

nous profiterons de ces recherches pour apporter sur d'autres points intéressants de l'hérédo-syphilis quelques données, nouvelles, croyons-nous, parce que nous partirons toujours de ce double point de départ : *syphilis traitée, syphilis non traitée.*

I. — Syphilis non traitée.

Dans cette première catégorie nous avons 17 femmes qui depuis le début de leur syphilis ont eu 21 grossesses. Malgré l'innombrable quantité d'observations de ce genre publiées, nous devons, pour la clarté des conclusions, rapporter ici les principaux traits de nos 17 cas.

Obs. 1. — 22 ans, primipare, ouvrière. Chancres aux parties génitales il y a 5 ans. Non traitée. Terme vers le 30 janvier. Ne sent plus remuer depuis vers le 1er novembre; ballottement fœtal depuis cette époque.

Accouche le 24 novembre d'un fœtus de 7 mois, *macéré*. Placenta granulo-graisseux avec trace d'hémorrhagies anciennes.

Dans ce cas, cette syphilis non traitée n'a encore subi, depuis 5 ans, aucune atténuation du fait du temps.

Obs. 2. — 21 ans, primipare, domestique. Dans les premiers temps de sa grossesse, cette femme présente des manifestations spécifiques très nettes : chancre aux grandes lèvres, ganglions inguinaux, roséole sur le thorax, alopécie.

Accouche le 28 septembre 1891, d'un fœtus pesant 180 gr. Placenta ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse complète et pesant 230 gr. (1). (Expulsion de l'œuf en bloc.)

Obs. 3. — 20 ans, primipare, domestique. A son entrée dans le service, elle présente sur les parois abdominales, les cuisses, les bras, des éruptions discrètes de papules lenticulaires bien caractérisées.

Expulsion le 3 janvier 1891 d'un fœtus de 300 gr. Dégénérescence granulo-graisseuse du placenta.

(1) Pour le poids de ces placentas, voir plus loin.

Obs. 4. — 19 ans, primipare, ouvrière. Au 2e mois de sa grossesse, elle constate la présence d'un chancre siégeant aux parties génitales externes, avec ganglions dans le pli de l'aine, puis roséole, maux de gorge persistants, céphalée intense. Accouche à 6 mois d'un *fœtus macéré.*

Le placenta, blanc jaunâtre, très volumineux, pesant 900 gr., a subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Obs. 5. — 19 ans, brodeuse, primipare. Alopécie depuis le début de la grossesse; plaques muqueuses à l'ombilic; syphilides papulo-hypertrophiques sur la face externe des grandes lèvres, sur la face interne de la cuisse gauche, et dans le sillon génito-crural, ganglions volumineux dans l'aine.

Accouche à 7 mois 1/2 d'un enfant mort, sclérosé; placenta granulo-graisseux.

Obs. 6. — 20 ans, primipare. Chancre passé inaperçu. Depuis le 3e mois, alopécie, céphalées nocturnes, mal de gorge. Depuis cette époque elle a présenté sur le thorax, le dos, la nuque, des papules non prurigineuses, laissant comme traces de petites taches brunâtres, cuivrées, vernissées.

Accouche à 7 mois 1/2 d'un enfant *macéré.*

A l'autopsie de l'enfant, on trouve dans la cavité abdominale une grande quantité de liquide citrin; foie jaunâtre à la coupe, reins décolorés, pâles. Rate volumineuse, congestionnée. Dégénérescence granulo-graisseuse complète du placenta qui pèse 970 gr.

Obs. 7. — 21 ans, primipare. Chancre induré débutant au 4e mois de la grossesse.

Accouche à 7 mois d'un enfant *macéré.* Placenta granulo-graisseux.

Obs. 8. — 22 ans, primipare, caissière. Ne sait quand elle a eu le chancre. A son entrée au service, présente des plaques hypertrophiques des grandes lèvres; la grande lèvre gauche est tuméfiée et sclérosée; c'est un vrai type de *l'œdème dur* des grandes lèvres, décrit d'abord par Martin et Belhomme, véritable lymphangite du tissu cellulaire.

Rhagades profondes à sa face externe. Ganglions dans l'aine gauche.

Accouche d'un fœtus *macéré* pesant 2,640 gr. Placenta dégénéré.

Obs. 9. — 20 ans, primipare. Terme vers le 15 janvier. Pendant les 3 premiers mois de la grossesse, céphalées, angine, grande faiblesse.

« Bouton » aux parties avec adénopathie inguinale. Traces de papules aux niveau de la face interne des grandes lèvres. Éphélides syphilitiques. Aurait senti remuer à 4 mois 1/2.

Le 27 décembre, premières douleurs à 6 heures du soir. Accouche d'un fœtus *macéré* qu'elle ne sentait plus remuer depuis une dizaine de jours.

Obs. 10. — 31 ans ; 7e grossesse. Pendant sa première grossesse, la parturiente est atteinte d'une fièvre continue grave, qui dès les premiers jours provoque l'expulsion à 8 mois d'un garçon mort-né.

Puis, 5 grossesses normales, la dernière en avril 1890. Pendant l'hiver 1890, son mari contracte un chancre induré ; roséole, éruptions papuleuses ; angine. Traité une première fois à l'hôpital de la maison de secours, il vient d'y rentrer pour des plaques muqueuses qu'il présente actuellement à la bouche.

La femme a eu des rapports avec son mari dès le début de cette syphilis. Elle se serait aperçue, dès le commencement de sa grossesse, de la présence de ganglions inguinaux.

Depuis 3 mois, céphalée intense, surtout nocturne ; névralgies ; au même moment anémie très prononcée ; insomnie ; angine et laryngite.

A son entrée à la Maternité, elle présente des papules disséminées, petites, non prurigineuses ; papule hypertrophique, érosive, très volumineuse à la face interne de la grande lèvre droite, existant depuis environ un mois ; éphélides du cou.

Accouche d'un enfant macéré, âgé de 7 mois 1/2. Placenta dégénéré.

Obs. 11. — 23 ans ; primipare. L'accident primitif paraît au 3e mois de la grossesse. Roséole ; syphilides papuleuses des grandes lèvres. Hydramnios.

Accouche prématurément d'un enfant *vivant* pesant 1,640 gr. et ne présentant pas de lésions spécifiques.

Placenta volumineux, dégénéré. L'*enfant meurt* au 8e jour ; hémorrhagies dyscrasiques nasales et buccales.

Obs. 12. — 23 ans, ouvrière en chaussures ; 3e grossesse.

Les accidents syphilitiques ont débuté il y a 4 ans, quelque

temps après son mariage, par un chancre aux parties ; puis roséole, plaques muqueuses à la gorge, alopécie. 1re grossesse en 1888. Accouche à 6 mois 1/2 en S.I.G.A. d'une fille pesant 1,100 gr. mort-née.

A ce moment la mère présentait des papules hypertrophiques.

2e grossesse, 1889. Accouche d'un garçon *mort à 4 mois.*

3e grossesse, 1891. La femme n'aurait plus présenté d'accidents spécifiques.

Accouche d'une fille *vivante* pesant 2,670 gr.

Au 11e jour après la naissance, on constate la présence sur l'enfant de taches érythémateuses légèrement papuleuses.

A la fin du 1er mois, érythème spécifique, scarlatiniforme ; 2 papules bien caractérisées à la région inguinale ; fissures de la commissure labiale et de l'anus ; pendant le courant du 2e mois, gommes cutanées. *Mort.*

Obs. 13. — 19 ans, primipare. Fin des dernières règles le 25 mars. Terme vers le 30 novembre.

Trois semaines avant son accouchement, éruption papuleuse à la face et à la partie antérieure de l'abdomen et du thorax.

28 novembre. Accouche en S.I.D.P. d'une fille *vivante* pesant 2,840 gr.

12 décembre. L'enfant présente un *érythème spécifique* des fesses, au pourtour de l'anus et des cuisses.

Traitement mercuriel, guérison.

Obs. 14. — 24 ans, domestique. 2e grossesse.

1re grossesse à 20 ans. Accouche au 7e *mois* d'un garçon qui a crié et *est mort immédiatement.*

Bulles de pemphigus aux mains et aux pieds ; gomme suppurée au sommet du poumon droit.

2e grossesse. Normale. Accouche à *terme* d'un garçon vivant pesant 3,050 gr. Délivrance normale.

Pleurésie pendant les suites des couches. Quelques jours après l'accouchement, l'enfant présente une lésion squameuse siégeant au-dessous et à droite de la cavité buccale.

Hémorrhagies nasales et buccales. Purpura. *Mort au 7e jour.*

Obs. 15. — Éruption de petites papules non prurigineuses à la face et à la partie antérieure du thorax. La parturiente affirme n'avoir jamais eu aucune lésion aux parties génitales.

Accouche le 1er mars 1891, sans autre cause connue, d'un fœtus de 5 mois *macéré*. Placenta granulo-graisseux.

Obs. 16. — 18 ans, primipare. Pour toute lésion spécifique, cette femme présente des *éphélides syphilitiques* bien nettes ; c'est un réticulum pigmenté, formé par la juxtaposition de taches bistrées, se touchant et se fondant sur les bords, en englobant des îlots de peau blanche ; la lésion siège exclusivement sur les parties latérales du cou. Dans ces conditions, ces éphélides doivent être considérées comme caractéristiques (1).

Cette femme dit n'avoir jamais eu d'autres manifestations, notamment pas de chancre.

Accouche le 28 novembre 1890 d'un *fœtus macéré* pesant 2,130 gr. Placenta blanchâtre, granulo-graisseux.

Dans ces deux dernières observations (15 et 16), la question de la syphilis *par conception* peut évidemment se poser, puisque chez des femmes enceintes, présentant des lésions spécifiques récentes, accouchées d'enfants morts du fait de la syphilis, on ne trouve pas trace de l'accident primitif.

Obs. 17. — 22 ans, 3e grossesse. Deux grossesses précédentes ont été normales.

3e grossesse. — Expulsion d'un fœtus, âgé de 4 mois, retenu dans l'utérus pendant 5 mois après sa mort, qui est survenue sans cause appréciable.

La femme ne présente actuellement aucune trace de lésion syphilitique et nie absolument tout antécédent. Mais elle nous dit que son mari a été malade ; que ses cheveux sont tombés tout à coup ; qu'il a eu plusieurs éruptions de boutons sur le corps et le front, de fréquents maux de gorge ; enfin elle sait qu'il s'est fait soigner à son insu. Il faut donc très probablement mettre sur le compte d'une syphilis paternelle cet avortement inexpliqué.

Si à ces 17 observations qui nous donnent 20 enfants susceptibles d'être entachés de syphilis nous joignons un enfant né avant l'intervention du traitement dans l'observation

(1) Renault. Société française de dermatologie et syphiligraphie ; séance du 23 juillet 1891. Fournier. Spillmann... — Saintin. Thèse de Nancy, 1884.

n° 22 ci-dessous, nous arrivons au total de 21 enfants, dont le sort est résumé par le tableau suivant :

Syphilis non traitée, 22.	Enfants mort-nés 17, soit 76,5 0/0.	Avortements	7	32,25 0/0	76,5 0/0.
		Accouch. prémat.	9	41,75 0/0	
		A terme	0	» »	
	Enfants vivants 5, soit 23,5 0/0.	Accouch. prémat.	4	19 0/0	23,5 0/0.
		A terme	1	4,5 0/0	

De ces 5 enfants vivants 4 sont morts rapidement ; le 5e a présenté des lésions manifestement syphilitiques.

Ajoutons encore que très souvent nous avons noté une augmentation très considérable du volume du placenta, ainsi que Corréa Diaz (1) l'a déjà indiqué. En effet, si, d'après Zentler (2), chez des enfants sains et à terme, on trouve que sur des enfants dont le poids moyen est de 2,776 gr., le poids moyen du placenta est de 479 gr, Corréa Diaz a trouvé que :

Chez 34	enfants	syphilitiques à terme	pesant en moyenne	2,919 gr.,	le placenta	pesait en moyenne	681 gr.
—	—	dans le 8e mois	—	2,321	—	—	603
—	—	dans le 7e mois	—	1,547	—	—	532
2	—	dans le 6e mois	—	830	—	—	350
2	—	dans le 5e mois	—	675	—	—	160
1	—	à 4 1 2	—	200	—	—	180

Or, dans trois de nos cas, l'hypertrophie du placenta dégénéré était vraiment énorme :

Obs. n° 2	fœtus pesant 150 gr.	placenta pesant	230 gr.
Obs. n° 4	— 1500 —	—	900 —
Obs. n° 6	âgé de 7 mois 1/2	—	970 —

II. — **Syphilis traitée avant la grossesse.**

Obs. 18. — 22 ans, fille publique, primipare. Il y a un an, cette femme a été traitée pendant 4 mois au service des vénériennes (pil. de protoiodure). 20 janvier 1892. Expulsion d'un fœtus MACÉRÉ,

(1) De l'hypertrophie du placenta dans les cas de syphilis. Paris, Th. 1891.
(2) Th. Paris, 1891.

âgé de 6 mois. Placenta granulo-graisseux, complètement dégénéré. Elle ne sentait plus remuer depuis 15 jours.

Obs. 19. — 29 ans, fille publique, primipare. En juillet 1889, séjour de 2 mois au service des vénériennes; traitement par des pilules de protoiodure pour un chancre et des accidents secondaires, ces derniers ayant débuté 15 jours avant son entrée. Elle n'aurait plus eu d'accidents depuis cette époque. Antécédents alcooliques. Claudication bilatérale; ensellure lombaire. (Type bassin à double luxation, léger rétrécissement.) A son entrée à la Maternité (8 janvier 1892), albuminurie, vomissements, céphalée persistante.

11 janvier. Accouche en O.I.D.P. d'une fille *vivante* pesant 2,000 gr. Délivrance normale.

Obs. 20. — 19 ans, ouvrière en dentelles, primipare. En novembre 1889, chancre induré de la grande lèvre droite ; roséole un mois après. A ce moment elle suivit un traitement qui ne fut pas renouvelé.

Le 26 février 1891, elle accouche normalement en O.I.G.A. d'une fille pesant 3,200 gr. parfaitement constituée. Elle nous dit avoir eu une éruption pendant le 5e mois de sa grossesse.

Obs. 21. — 32 ans, ouvrière en chaussures, 7e grossesse. 1re grossesse à 19 ans, fausse couche. Depuis, 5 grossesses normales. A eu, en 1889, un chancre induré avec ganglions inguinaux, suivi d'une anémie très prononcée, puis d'une éruption.

Elle a été traitée en ce moment au service des vénériennes par des frictions mercurielles, des pilules de protoiodure et de l'iodure.

Le 4 mars 1891, elle accouche normalement d'un garçon pesant 3,250 gr., *parfaitement constitué.*

Obs. 22. — 25 ans, domestique, secondipare. A eu un chancre aux parties en 1888, puis une roséole légère et une éruption du cuir chevelu. Enceinte à ce moment, elle accouche prématurément d'un garçon macéré (S.I.D.P.) âgé de 7 mois; placenta dégénéré, blanc, lardacé. Elle fut alors traitée pendant 2 mois au service des vénériennes (protoiodure). Pas de nouveau traitement depuis cette époque.

Accouche le 8 avril 1891 de deux jumeaux *à terme.*

Voici le bilan de cette 2e catégorie :

Syphilis traitée antérieurement à la grossesse, 5 cas.	Enfants mort-nés 1 soit 16,5 0/0.	Avortement.....	1, soit 16,50/0
		Accouch. prématuré...	0
		A terme.....	0
	Enfants vivants 5 soit 83 0/0	Accouch. prématuré...	1, soit 16,50/0
		A terme.....	4 (dont 2 jum.) soit 66,50/0

III. — Syphilis traitée pendant la grossesse.

Nous avons 10 observations qui rentrent dans ce cas :

Obs. 23. — 20 ans, lingère. Primipare. Aurait commencé à sentir remuer vers la fin de septembre, névralgie dentaire très douloureuse pendant presque tout le cours de la grossesse (1).

A son entrée dans le service, au 7e mois de la grossesse, elle présente des papules lenticulaires à la partie interne des cuisses et à la face externe des grandes lèvres ; ganglions indurés dans l'aine ; cicatrices aux commissures labiales ; éruption papulo-croûteuse du cuir chevelu et de la nuque.

Traitement par le protoiodure de mercure, 5 centigr. par jour.

Traces d'albumine dans l'urine.

1er février. Accouche prématurément à 8 mois, d'un *enfant vivant, mais malingre*, pesant 2,400 gr.

Obs. 24. — 22 ans, domestique, primipare. En 1890, elle a contracté un chancre induré à la partie interne de la petite lèvre gauche ; œdème considérable des petites lèvres. Pléiade ganglionnaire dans l'aine, manifestations secondaires. En outre, vaginite blennorrhagique et métrite légère.

Tuberculose pulmonaire au début.

L'accident primitif a paru 2 mois avant le début de la grossesse.

---

(1) M. le professeur Augagneur attribue une très grande importance diagnostique à la présence de ces névralgies pendant la grossesse. « Jamais vous ne verrez les douleurs névralgiques plus violentes que chez les femmes grosses atteintes d'une syphilis récente. Parfois c'est le principal symptôme et je vous engage, quand vous serez consultés par une femme récemment mariée au début d'une grossesse, souffrant d'intolérables névralgies, à rechercher la syphilis. » *Province médicale*, 1891.

De fait, nous avons plusieurs fois observé ce phénomène.

— Elle entre alors au service des vénériennes, où elle est traitée, pendant tout le cours de la gestation, par les pilules de protoiodure et des frictions mercurielles.

Elle accouche à la Maternité, à terme, d'un garçon pesant 3,400 gr., *très bien portant.*

Obs. 25. — 19 ans, couturière, primipare. En janvier 1890, cette fille a eu un chancre induré à la petite lèvre gauche, un mois environ après le coït suspect. Roséole 2 mois après le début du chancre ; puis éruption papuleuse.

Entre au service des vénériennes en février et y est traitée par des pilules de protoiodure. Sortie du service en juillet, elle y rentre au 2e mois de sa grossesse, présentant des papules hypertrophiques de la vulve.

Pilules de protoiodure, puis sirop de Gibert; sortie en décembre, elle continue à prendre du sirop de Gibert et se fait des frictions mercurielles.

Elle accouche le 24 juin, à terme, d'une fille pesant 3,075 gr., *très bien constituée.* Placenta normal.

Obs. 26. — 20 ans, domestique. Primipare. Au 2e mois de sa grossesse, elle constate la présence de « boutons » à la grande lèvre gauche, alopécie.

Elle se présente au service des vénériennes pendant le 7e mois de sa grossesse. D'un pli génito-crural à l'autre et sur tout le périnée, toute la surface est occupée par une masse d'énormes papules végétantes, serrées les unes contre les autres, ayant absolument la forme et la couleur des efflorescences du papillome ou chou-fleur. Entre ces paquets, on trouve des papules indépendantes, plus petites, bien caractérisées. Suintement très abondant, sanieux ; par places, desquamation épithéliale avec petites ulcérations.

Plaques muqueuses de la bouche et des lèvres ; angine spécifique.

Traitement énergique par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium ; lavage des lésions suintantes avec une solution de permanganate de potasse.

Les végétations ont déjà notablement diminué de volume et de nombre après 7 jours de traitement mercuriel ; elles continuent ensuite à décroître progressivement.

Accouche le 7 février, en O.I.G.A, d'un garçon pesant 3,100 gr., *bien portant.*

Obs. 27. — 23 ans. Primipare. Entrée au service des vénériennes en janvier 1891, au 3e mois de sa grossesse, présentant des accidents syphilitiques précoces ; éruption papuleuse.

Traitement énergique par des pilules de protoiodure.

Lorsque la femme arrive à la Maternité, on constate la présence de papules hypertrophiques des grandes lèvres ; elle n'en accouche pas moins normalement d'une fille pesant 3,000 gr., *bien portante,* qui prospère.

Obs. 28. — 21 ans. Primipare. Entrée le 27 février au service des vénériennes. 3e mois de sa grossesse ; érosion de la face interne des petites lèvres ; papules hypertrophiques. Vaginite.

Elle est soumise à un traitement actif.

Accouche à terme d'un garçon pesant 3,180 gr., *bien portant,* prospère.

Obs. 29. — 24 ans, domestique. Primipare. A été traitée à l'hôpital civil, en mars 1889, par des frictions mercurielles, pour une roséole, une angine et l'adénite spécifique. Sortie après 2 mois de traitement.

Rentrée à l'hôpital civil en juillet 1890, pour une tuberculose pulmonaire au début. Evacuée, elle est admise à la Maternité le 30 décembre et soumise au traitement mercuriel (protoiodure 0,05 centigr. par jour).

Accouche à terme le 28 mars d'un *garçon vivant* pesant 3,350 gr., *bien constitué.* Cordon très volumineux et court.

Obs. 30. — 20 ans, domestique. Primipare. Vers le 4e mois de sa grossesse, apparition à la grande lèvre droite, d'œdème et d'un chancre induré dont il persiste une cicatrice blanchâtre ; ulcérations.

Entrée alors au service des vénériennes, cette malade est soumise à un traitement prolongé (protoiodure) jusqu'à la fin de sa grossesse.

Accouche le 21 novembre d'une *fille vivante* pesant 2,680 gr. Légère hémorrhagie de la délivrance.

Obs. 31. — 22 ans. Secondipare. Première grossesse normale en 1886. 2e grossesse. Apparition du chancre au 5e mois de la grossesse.

Traitée depuis le 6e mois à l'hôpital de la Maison de secours; syphilides vulvaires. Gale, eczéma parasitaire des mamelons.

Accouche à terme d'une fille pesant 2,840 gr., *bien portante.* Allaitement artificiel.

Obs. 32. — 21 ans. Secondipare. 1re grossesse, normale, à 19 ans; accouche d'une fille actuellement bien portante.

Grossesse actuelle, normale jusque dans la courant du 8e mois; à ce moment, elle se présente au service des vénériennes, avec un chancre induré extra-génital de la lèvre supérieure, très récent, typique, de la grosseur d'une pièce de 1 franc.

Les ganglions sous-maxillaires sont indurés; puis on voit se développer des syphilides papulo-hypertrophiques des replis génito-cruraux; syphilides croûteuses des grandes lèvres; syphilides papuleuses lenticulaires sous les seins; alopécie latérale caractéristique (2e degré, d'après M. Fournier) (1).

On applique immédiatement le traitement mercuriel, 3 frictions par semaine; 1 gr. d'iodure de potassium tous les jours. La parturiente accouche à terme d'une fille *bien portante* pesant 3,640 gr. Délivrance normale.

L'enfant a une *hémorrhagie gastro-intestinale* au 2e jour. Placé au biberon.

Le 20 janvier 1892, l'enfant est atteint d'hémorrhagie du voile du palais; on découvre la présence d'une petite plaque ulcérée.

Le 22, l'ulcération s'est étendue à la partie postérieure de l'arcade dentaire supérieure droite; autre petite ulcération le long de l'arcade dentaire supérieure en avant. Sirop de Gibert, une 1/2 cuillerée à café par jour.

La mère est atteinte d'une pneumonie très grave.

Cette dernière observation offre un très grand intérêt parce qu'elle montre un enfant présentant des hémorrhagies dyscrasiques précoces, puis des ulcérations de nature spécifique chez une femme infectée seulement dans le courant du 8e mois, alors que la plupart des auteurs s'accordent à déclarer qu'à ce moment l'infection du fœtus ne se fait plus et

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1888.

que, dans ce cas, l'enfant naît sain; Neumann déjà a rapporté un fait semblable.

Nous devrons revenir, du reste, plus loin sur ce sujet.

Voici le résumé de ces 10 observations :

Syphilis traitée pendant le cours de la grossesse, 10 cas.	Enfants mort-nés.	Avortement	0.
		Accouch. prématuré..	0.
		A terme	0.
	Enfants vivants, 100 0/0.	Accouch. prématuré..	2, soit : 20 0/0.
		A terme.....	8, — 80 0/0.

On voit donc, en somme, que nous arrivons à une proportion de 76,5 0/0 d'enfants mort-nés, dont 32 0/0 avant le 6e mois, alors que la mère atteinte de syphilis n'a jamais subi l'influence du traitement.

Des 5 enfants nés vivants, 4 ont très rapidement succombé, et le 5e était manifestement syphilitique, c'est donc : une mortalité de 95 0/0, et une morbidité de 100 0/0.

Cette mortalité tombe à 16,5 0/0 quand la femme a été traitée antérieurement à sa grossesse, et dans 66 0/0 des cas le fœtus est né à terme.

Sur 10 cas, nous arrivons à une MORTALITÉ NULLE, quand la syphilis se produit pendant la grossesse et qu'elle a été influencée par le traitement *pendant le courant même de la grossesse*, et dans 80 0/0 des cas, la grossesse a complètement atteint son terme, en donnant des enfants parfaitement bien portants et parfois même d'un poids supérieur à notre moyenne.

C'est là certainement le plus beau résultat auquel il soit possible d'arriver, surtout si l'on remarque que dans la plupart de ces observations, nous avons affaire à une syphilis récente, dans sa première année, « l'*année terrible* », et même ayant souvent débuté avec la grossesse.

M. Fournier (1) déjà a démontré ces excellents effets du traitement. S'il arrive à une mortalité à peu près nulle quand le traitement des parents a été très prolongé, il trouve encore

(1) FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*, p. 135.

une mortalité de 36 0/0 quand le traitement a été *moyen*, c'est-à-dire s'élevant à plus d'une année. Dans nos cas, la médication spécifique a presque toujours eu une durée beaucoup moindre, mais *elle est intervenue pendant l'évolution même de la grossesse.*

Nous savons que le traitement mercuriel nous donne ce résultat de deux façons : 1° d'abord par amélioration de l'état général de la mère ; 2° par action directe sur le fœtus. En effet, MM. Cathelineau et Stef (1) nous ont démontré que le mercure passe de l'organisme maternel, à travers le placenta, dans l'organisme fœtal, fœtus et annexes où ils l'ont retrouvé par l'électrolyse. « En résumé, concluent-ils, nous voyons que le passage du mercure de la mère au fœtus est nettement établi ; que ce mercure se retrouve non seulement dans le fœtus, mais encore dans le placenta et le liquide amniotique. »

Nous voici bien loin, on le voit, de l'opinion de ceux qui, comme Colson après les anciens, admettaient que le mercure absorbé par la mère peut être une cause d'avortement ! « Dans les cas de grossesse, disait-il, l'usage des préparations mercurielles est extrêmement pernicieux pour la mère et le fœtus » (2).

Huguier défendait cette même théorie à la tribune de l'Académie des sciences : « L'avortement chez les femmes vérolées est plutôt la conséquence de l'usage des mercuriaux que de la maladie elle-même » (3).

Rappelons que, même en 1878, Fonssagrives soutenait encore cet avis (4).

On sait que Ricord fut le premier à déclarer d'une manière absolue que le mercure convient à la grossesse syphilitique.

Le mercure peut, il est vrai, avoir une action abortive

---

(1) CATHELINEAU et STEF. *Annales de dermatologie*, 1890, p. 972 et suiv. — STEF. *Mercure et grossesse*. Th. Paris, 1891.

(2) *Archives de méd.*, 1828. 1re série, t. XVIII.

(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1840

(4) *Dictionnaire encycl. des sciences méd.*

réelle, mais c'est quand son emploi arrive à produire une véritable intoxication, comme Lizé (du Mans) l'a observé chez les ouvrières chapelières qui manient continuellement des produits hydrargyriques.

Dans ces cas, il a observé en effet :

1) Quand le père seul est soumis à l'influence du mercure, sur 10 grossesses : 2 accouchements prématurés ; 2 mort-nés ; 2 enfants morts de 4 mois à 2 ans ;

2) Quand le père et la mère sont soumis à l'influence du mercure, sur 14 grossesses : 5 accouchements prématurés ; 5 mort-nés ; 6 morts avant 5 ans ;

3) Quand la mère seule est soumise à l'influence du mercure, sur 7 grossesses : 3 avortements, 1 mort-né ; 1 mort avant 3 ans 1/2.

Mais si le mercure est employé à doses thérapeutiques et avec prudence, les chiffres que nous venons de rapporter démontrent de la façon la plus éclatante la fausseté de ces hypothèses.

Quelques statistiques, cependant, n'accordent pas au traitement des résultats aussi extraordinairement favorables que la nôtre ; celle de M. Vallois (1), entre autres, trouve 8 enfants morts pour 17 femmes traitées.

Cet auteur a :

	Femmes traitées.	Femmes non traitées.
Enfants vivants.	53 0/0.	40 0/0.
— morts.	47.	60.

Soit un bénéfice de 13 0/0 en faveur des femmes traitées ; Mewiz (2) trouve une augmentation de 10 0/0 dans le nombre des enfants nés à terme.

---

(1) *Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte.* Th. Nancy, 1883.

(2) MEWIS. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynæk*, Bd IV, heft 1, p. 10, 1881.

Kassowitz (1) obtient les résultats suivants, bien plus considérables, et se rapprochant plus des nôtres :

Femmes traitées par les frictions mercurielles;			couches normales,	100 0/0
—	—	le bichlorure;	— —	85
—	—	KI ou traitement mixte;	— —	70

Soit une moyenne de 75 couches normales pour 100.

Si maintenant nous considérons seulement les 2 premières catégories, nous trouvons une proportion de 92 couches normales chez des femmes traitées par le mercure, proportion identique à celle que nous rapportons plus loin à la statistique générale de la Maternité de Nancy. Cette statistique de Kassowitz nous amène à rapporter encore celle de Weber (2), de Saint-Pétersbourg, dont les résultats sont bizarres.

Sur 35 femmes syphilit. enceintes soignées			simplement localement ou pas du tout :	20 0/0 d'accès avant terme.
35	—	—	par des frictions externes :	pas de troubles.
23	—	—	» onctions externes et KI :	37 0/0 avant terme.
19	—	—	» KI sublimé intra :	15 0/0.
17	—	—	» KI seul :	40 0/0.

Ainsi il y aurait plus d'avortements avec un traitement par l'iodure de potassium joint aux frictions mercurielles, que quand il n'y a pas de traitement, et Weber conclut : « L'action désastreuse du traitement général ne correspond en aucune manière à la durée, mais plutôt à son action sur les organes de la digestion ».

Dans les cas rapportés dans notre travail, les femmes ont été traitées soit par les frictions, soit par les pilules de protoiodure, soit par le sirop de Gibert, et on peut voir que nous n'avons observé aucun résultat semblable, puisque notre statistique est la plus favorable que nous ayons pu trouver : mortalité à la naissance = 0.

Après avoir donné les chiffres que nous avons obtenus et qui établissent de la façon la plus nette, l'influence heureuse du traitement sur la marche de la grossesse chez les femmes

(1) *Die Vererbung der Syphilis in Strickers Jahrbücher*. 1875, p. 469.
(2) *Allgem. med. Cent. Zeitung*, 26 février 1875.

syphilitiques, nous devons rapporter l'observation suivante qui montre l'atténuation progressive de l'action spécifique par le temps seul, en dehors de tout traitement ; on voit que, comme dit M. Fournier, le temps use, atténue l'influence hérédo-syphilitique.

Obs. 33. — Femme de 30 ans, domestique. Syphilitique.

1re *grossesse*, à 20 ans. Enfant MORT vers le SEPTIÈME mois de la grossesse; macéré. Placenta dégénéré.

2e *grossesse*, à 21 ans. Enfant MORT au HUITIÈME mois de la grossesse; macéré. Placenta dégénéré.

3e *grossesse*. Enfant *vivant*, faible; mourut le JOUR de sa naissance.

4e *grossesse*. Enfant *vivant*, mort à 2 mois; accidents laryngés.

5e *grossesse*. Fille, actuellement bien portante, âgée de 4 ans.

6e *grossesse* (10 ans après la première). Grossesse gémellaire; accouche spontanément de deux filles à terme. Les enfants prospèrent.

Cette influence du temps peut se montrer même pendant l'évolution de la syphilis, dans la période tertiaire.

L'observation suivante en fait foi.

Obs. 34. — Femme âgée de 35 ans. A 24 ans, elle a eu son premier enfant à terme, garçon actuellement vivant.

Elle se marie ensuite avec un homme qui n'était pas le père de ce premier enfant. Depuis ce moment :

2e *grossesse*. Un AVORTEMENT à 6 mois, sans cause connue.

3e *grossesse*. Un AVORTEMENT à 7 mois, sans cause connue.

4e *grossesse*, à 32 ans. Accouche à TERME d'un garçon actuellement vivant.

5e *grossesse*, à 33 ans. Accouche à TERME d'une fille actuellement vivante.

6e *grossesse*, à 35 ans. Elle se présente à la Maternité, présentant une céphalalgie intense, des vomissements, des vertiges; démarche difficile : elle tombe tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, sans rétro ou antéro-pulsion. Diplopie. Disparition presque complète de la partie droite du voile du palais; elle dit avoir eu des

ulcérations dans la bouche il y a deux ans, pendant la 5e grossesse (pas *de traitement*).

Frictions à l'onguent mercuriel, 4 gr. par jour, énorme amélioration en huit jours, déjà apparente dès le 4e jour; guérison.

Accouche 2 mois plus tard d'un garçon pesant 3,280 gr.; bien portant.

Cette observation, des plus intéressantes, nous montre donc :

1) La nocivité de la syphilis, par deux avortements successifs;

2) La possibilité de l'atténuation de la diathèse héréditaire de la syphilis avec le temps, sans intervention du traitement, comme dans l'observation précédente.

3) Que l'atténuation avec le temps peut se faire, la mère restant en puissance d'une syphilis continuant à évoluer. Si cette conclusion ne peut se tirer de la 6e et dernière grossesse, puisqu'il y a eu un traitement énergique institué, elle ressort avec évidence de la 5e grossesse, à la suite de laquelle la femme accouche d'un enfant à terme actuellement bien portant, et pendant laquelle cependant elle a présenté des lésions de la bouche.

4) Enfin, et réciproquement, que des enfants indemnes ne sont pas un brevet de sécurité pour les parents.

5) Il est à remarquer que des accidents tertiaires graves ont coïncidé avec l'évolution de ses deux dernières grossesses, 5e et 6e.

Cette observation est malheureusement la seule que nous puissions apporter pour l'étude de l'hérédité syphilitique à l'époque tertiaire. Des auteurs ont avancé qu'à ce moment l'enfant naît à peu près toujours sain, opinion qui nous semble exagérée ; mais d'autre part, quand Neumann (1) donne une proportion de 69 0/0 d'enfants nés syphilitiques, après

(1) NEUMANN. *Société império-royale de médecine de Vienne*, séance du 8 janvier 1892.

avoir été procréés à la période tertiaire de la syphilis maternelle, on peut être étonné d'une semblable morbidité, la maladie ayant généralement subi l'atténuation du temps et du traitement.

En revanche si l'atténuation peut se produire pendant l'évolution même de la syphilis, l'influence nocive peut exister en dehors de tout accident spécifique pendant le cours de la grossesse. « Un certain nombre de femmes, dit Fournier, avortent par le fait exclusif de la syphilis, sans présenter en même temps, sans même avoir présenté depuis un temps plus ou moins reculé, de symptômes spécifiques appréciables ; c'est la *syphilis latente.* »

Dans ces cas, parfois, les enfants peuvent naître à terme, sains en apparence, mais frappés d'une sorte « d'inaptitude à la vie » ; c'est alors sous la forme d'une *polymortalité infantile* tout à fait anormale que peut se révéler la syphilis, comme dans l'observation suivante :

Obs. 35. — Femme de 36 ans, 6e grossesse.

1re *grossesse.* Elle accouche à terme d'un enfant bien constitué, QUI EST ACTUELLEMENT BIEN PORTANT.

Elle se marie ensuite ; le mari n'est pas le père de ce premier enfant, et est probablement syphilitique.

2e *grossesse.* Accouche d'un enfant vivant, faible ; meurt.

3e *grossesse.* Enfant vivant ; mort à 4 mois (convulsions).

4e *grossesse.* Enfant vivant ; mort en bas âge.

5e *grossesse.* Enfant vivant ; mort à 6 semaines (convulsions).

6e *grossesse.* Accouche d'une fille pesant 1,530 gr. ; morte au 22e jour (athrepsie).

Bien plus, parfois même, dans ces cas de syphilis latente, l'enfant est mort-né, ainsi que Neumann et Friedinger (1), entre autres, l'ont observé.

Après avoir établi cette statistique personnelle, nous avons cherché à la contrôler en consultant les nombreuses observations de syphilis conservées dans les archives de la Mater-

(1) *Communication à la Soc. império-royale de médecine de Vienne,* séance du 8 janvier 1892.

nité de Nancy. Nous avons réuni 86 cas, pour lesquels les détails sont suffisants et affirment le diagnostic. Nous ajouterons que la plupart des femmes dont nous avons les observations ont été traitées au service des vénériennes de l'hôpital de la Maison de secours, dirigé successivement par MM. les professeurs Spillmann, Schmidt et Vautrin, remarque importante puisqu'elle donne la plus grande somme de garanties au double point de vue du diagnostic et des soins apportés au traitement.

Voici les résultats que nous avons obtenus : D'abord, d'une FAÇON GÉNÉRALE, la *fréquence de l'avortement dans la syphilis.*

86 femmes ont eu, après le moment où elles ont contracté la syphilis, 103 enfants en 101 grossesses. Si nous ne nous occupons que des 86 grossesses dont nous avons les observations en mains, nous avons 86 enfants. Sur ceux-ci, nous trouvons :

34 enf. à terme (42 0/0)	dont 29	dans un état satisf.	(34 0/0)	3 syphil.	à leur naiss.	(3 1/2 0/0)	1 mort-né	(1 1/4 0/0)
24 — à 8 mois (25 3/4)	— 14	—	— (16 1/2)	3	—	— (3 1/2)	7	— (8 1/4 »
14 — à 7 — (16 1/3)	— 6 vivants		(7 0/0)				8	— (9 1/2 »)
13 — av. le 7e m. (15 1/2)							13	— (15 1/2 »)
84	49		57 0/0	6			29	35 0/0

55 vivants : 64 0/0

On voit que la proportion des accouchements prématurés est de 43 0/0, celle des avortements proprement dits de 15 1/2 ; en réunissant ces deux chiffres, 58 0/0 des enfants sont venus *avant terme.* Dans les mêmes conditions, Fournier trouve dans une statistique de Lourcine (64 cas), une proportion de 65 0/0 ; Diday 61 0/0 ; Stoltz donne 66 0/0 ; M. Vallois (1), à Nancy en 1883, trouvait plus encore : 69 0/0 (sur 24 cas), tandis que Witehead donne seulement 45 0/0 ; Aneth 14 0/0 et Potton 10 0/0.

Sur 781 cas, en réunissant de nombreuses statistiques (Dunal, Fournier, Lepileur, Vallois.....), Charpentier trouve 302 grossesses interrompues avant terme, par accouchement prématuré ou par avortement, soit 42 0/0.

(1) *Loc. cit.*

D'autre part, nous trouvons que 35 fois sur 100, le produit de la conception était mort-né. Ce chiffre se rapproche beaucoup de celui donné par Blaise (1) 36.8 0/0, sur 1,013 cas provenant de 8 séries dues à divers auteurs.

Mais si, comme nous pensons l'avoir démontré par des chiffres, le traitement spécifique a une action manifeste sur l'évolution de la grossesse chez les femmes syphilitiques, il faut bien reconnaître que les statistiques ainsi établies ont quelque chose d'artificiel ; il y a là une donnée dont il est absolument nécessaire de tenir compte. Si l'on veut étudier l'action de la vérole sur la grossesse, c'est donc à des parturientes syphilitiques *non traitées* qu'il faut s'adresser. Nous en avons trouvé *quarante-deux* dans ce cas. Des 42 enfants nés de ces femmes 26 étaient mort-nés, 16 seulement vivants ; et parmi ces 16 enfants vivants, 7 étaient porteurs d'accidents syphilitiques au moment de la naissance, ou dans les premiers jours qui l'ont suivie, et 9 sont morts avant leur sortie de la Maternité, soit une mortalité minima de 83 0/0. M. Fournier (2) dans les mêmes conditions, trouve 82 et 83 0/0. Il est impossible que notre résultat soit plus identique à celui publié par le professeur de l'hôpital St-Louis.

Onze enfants seulement étaient à terme, dont 3 mort-nés, 3 portant des accidents syphilitiques ; 20 étaient nés prématurément, dont 12 mort-nés et 8 vivants, et parmi ces derniers 2 syphilitiques ; enfin il y eut 11 avortements.

Voici cette statistique sous forme de tableau :

42 enfants	vivants (16)	à terme (8)	sains (du moins en apparence)	3 7,16 %	1/2 des vivants	38 % du nombre total
			syphililiques à la naissance	5 11, 9 %		
		prématurés (8)	sains (id.)	6 14,28 %	id.	
			syphilitiques	2 4,76 %		
	mort-nés (26)	à terme		3 7,14 %	62 %	81 % id.
		prématurés		12 28,56 %		
		avortements		11 26,18 %		

(1) Thèse d'agrégation, 1883, p. 88.

(2) FOURNIER. *Hérédité syphilitique*, 1891, p. 137.

Si l'on additionne la proportion des avortements, des accouchements prématurés et des enfants à terme mort-nés, on arrive à l'énorme proportion de 81 grossesses anormales sur 100. Et on voit que 9 enfants seulement (22 0/0) sont, en *apparence*, sains au moment de leur naissance, dont 6 nés prématurément, et 4 au moins de ceux-ci sont morts dans les deux premiers mois, donc 39 enfants sur 42, soit 92,5 0/0 se ressentent de l'hérédité syphilitique. Ajoutons que plusieurs fois nous avons observé des avortements à répétition. C'est que, en effet, « parmi toutes les causes d'avortement à répétition, nous dit M. Schuhl (1), la syphilis est celle qui a l'influence la plus considérable sur l'interruption répétée de la grossesse ».

En regard de cette statistique, et à l'appui de la première partie de ce travail, nous allons placer celle de la grossesse chez des femmes syphilitiques qui se sont traitées.

Nous avons ici 44 cas, répartis en deux catégories : les femmes qui se sont traitées pendant le cours de leur grossesse ; et celles qui se sont traitées à un moment quelconque de leur syphilis, mais non pendant leur grossesse.

I

32 femmes traitées dans le courant de leur grossesse.	Enfants vivants, 28.	à terme ...	19	c'est-à-dire	63 0/0	87 0,0
		prématurés.	9	—	27 0/0	
	Enfants morts, 4.	à terme....	1	—	3,13	12 1/2 0,0
		avortements	3(1)	—	9,39	

Si nous défalquons le cas visé par la note ci-dessous (2), nous avons seulement une proportion de :

(1) Dr SCHUHL, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. De l'avortement à répétition (Prix Capuron). *Annales de gynécologie*, 1891. et *Revue médicale de l'Est ; Archives de tocologie*, 1892.

(2) L'une des 3 femmes n'a été traitée que pendant les 10 derniers jours de sa grossesse ; fœtus de 1,650 gr., macéré, mort depuis un certain nombre de jours ; placenta altéré.

10 0 0 d'enfants morts, au lieu de 62 0 0 chez les femmes non traitées et une proportion de 9[illegible] 0 d'enfants vivants, au lieu de 38 0 0.

Parmi ces enfants vivants, 1 3 seulement est né prématurément au lieu de 1 2 : aucun de ces enfants ne portait à sa naissance d'accidents spécifiques ; 2 seulement sont morts syphilitiques, 1 athrepsiques ; 1 autre est mort à 3 mois d'une broncho-pneumonie, sa mère était tuberculeuse. En tout, 7 enfants dont la mort a été constatée dans le service, soit 1 4 : tout à l'heure nous trouvions la moitié (4 sur 9). Ajoutons que 18 fois, soit 6[illegible] 0 0, l'enfant est né indemne de toutes manifestations syphilitiques et n'en a pas présenté pendant tout le temps qu'il a pu être observé, quelques-uns pendant plusieurs mois.

II

12 femmes traitées avant leur grossesse.	Enfants vivants, 11.	à terme....	7	c'est-à-dire	56 0 0	90 0/0
		prématurés.	4	—	33 0 0	
	Enfant mort. 1.	prématurés.	1	—	11 0 0	
		avortements	0			

Cette statistique se rapproche beaucoup de la précédente.

Enfin, comme point de comparaison, voici une statistique faite sur une série d'un même nombre (40) de femmes indemnes de maladie vénérienne.

40 femmes saines.	Enfants vivants.	à terme.....	31	c'est-à-dire	77 0/0
		prématurés.....	8	—	20 0/0
	— morts.	prématurés.....	1	—	25 0/0
		avortements.....			

Si l'on pouvait douter encore de l'influence néfaste de la vérole sur la grossesse, voici le résumé de l'observation de femmes ayant contracté la syphilis après avoir déjà eu des enfants et en ayant eu depuis :

	AVANT L'INFECTION VÉNÉRIENNE	APRÈS L'INFECTION VÉNÉRIENNE	
		NON TRAITÉE	TRAITÉE
Avortements.....	4 (1)	9	0
Accouchements prématurés...	0	0	2
— à terme.....	25	0	6
	29	9	8

Voici à ce sujet encore 3 observations démonstratives :

Obs. 36. — Femme de 28 ans, 5e grossesse. 1re grossesse 1884. Accouchement à terme d'une fille, actuellement bien portante.

2e grossesse, 1886. A la suite d'une chute en portant un fardeau avortement à 3 mois.

3e grossesse 1887. Accouchement à terme d'un garçon.

4e grossesse, 1888. Accouchement à terme d'un garçon, actuellement bien portant.

5e grossesse, 1890. *Contracté la syphilis* ; plaques muqueuses de la langue. Traitée depuis le mois de mars (au sirop de Gibert).

Accouche le 23 mai d'un garçon de 1,260 gr. mort 9 jours après, d'athrepsie, sans trace d'éruption.

Obs. 37. — Femme de 37 ans ; 12e grossesse.

1re grossesse. Accouche à terme d'une fille actuellement bien portante.

2e grossesse, 3 ans plus tard. Accouche à terme d'un garçon actuellement bien portant.

3e grossesse, 2 ans après. Accouche à terme d'un garçon, mort de convulsions à 8 semaines.

4e grossesse, l'année suivante. Avortement gémellaire à 3 mois (à la suite d'une frayeur).

5e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon, actuellement bien portant.

6e grossesse, l'année après. Avortement à 3 mois (frayeur).

7e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon actuellement bien portant.

(1) Frayeur et traumatismes invoqués.

8e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'un garçon mort à 3 mois d'entérite.

9e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'une fille, morte à 6 mois d'entérite.

10e grossesse, l'année suivante. Accouche à terme d'une fille, actuellement bien portante.

11e grossesse, 2 ans plus tard. Accouche à terme d'un garçon; mort à 5 ans de la fièvre typhoïde.

12e grossesse, 6 ans plus tard. Son mari, atteint d'un chancre, au mois de janvier, contamine sa femme, qui présente la roséole en avril. Un médecin consulté prescrit le sirop de Gibert et des pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Accouche 2 mois plus tard, *prématurément*, d'un garçon, placenta dégénéré.

Obs. 38 (1). — Femme de 25 ans, 4e grossesse. 3 grossesses normales; accouche à terme d'enfants jusqu'à présent très bien portants. En juin 1882, premiers accidents spécifiques. N'a suivi aucun traitement. Blennorrhagie le 16 février; entrée à la Maternité; à ce moment, elle présente la pléiade ganglionnaire dans l'aine droite; érosion à la face interne de la grande lèvre droite; la face externe des grandes lèvres et les plis génito-cruraux sont couverts de papules hypertrophiques. A la nuque syphilides papulo-squameuses circinées, non prurigineuses; adénopathie cervicale (frictions mercurielles). Accouche prématurément à 6 mois 1/2 le 7 mars en O.I.G.A. d'une fille pesant 1,160 gr., morte 24 heures après la naissance. Placenta altéré.

Dans une statistique établie sur les mêmes bases, Le Pileur (2) trouve les chiffres suivants :

	AVANT LA SYPHILIS	APRÈS
Avortements	0	21
Enfants mort-nés	0	6
Enfants vivants	27	3

Si maintenant nous recherchons à quel moment de la gros-

(1) Observé à la Maternité de Nancy par M. Vallois, obs. n° 5 de sa thèse.

(2) De la mortalité infantile par la syphilis. *Société obstétricale de Paris*, 1888.

sesse se produit la mort de l'enfant, nous trouvons les résultats suivants :

POIDS DES ENFANTS	MOMENT DE LA GROSSESSE	NOMBRE DE FŒTUS MORTS	RÉSULTATS OBTENUS PAR RUGE
Enfants pesant plus de 3.000 gr.	38e semaine	1	3
— — 2.500	34e —	2	6
— — 2.000	32e —	5	12
— — 1.500	27e —	6	19
— — 1.000		7	19
— — 500		7	9
— moins de 500		1	3
	TOTAL.....	29	

C'est-à-dire que 21 enfants, soit 72,5 0/0, sont morts avant la fin du 7e mois de la grossesse et que 28 sur 29 ou 96 0/0 sont morts avant 8 mois et demi ; résultats en somme conformes à ceux obtenus par Carl Ruge.

La clientèle des Maternités est un milieu qui se prête fort peu à l'étude de la syphilis paternelle; aussi n'avons-nous pu réunir de matériaux satisfaisants à ce sujet. Le plus souvent, nous n'avons pu déterminer quelle part revenait au père dans l'infection du fœtus. Nous avons seulement trouvé dans les observations anciennes de la Maternité *trois cas* dans lesquels, nettement, l'enfant était atteint par la diathèse alors que la mère était très vraisemblablement saine.

Obs. 39. — Dans l'un de ces cas, le père de l'enfant est syphilitique; la mère ne présente et n'aurait jamais présenté de symptômes de syphilis, mais elle est accouchée à 7 mois 1/2 d'un fœtus macéré.

Obs. 40. — Dans un second cas, la mère n'aurait pas présenté de lésions spécifiques, et l'enfant est perdu de vue après avoir présenté des érythèmes suspects, du coryza et du pemphigus de la face plantaire des pieds.

Obs. 41. — Enfin, dans le troisième cas, sans que la mère accuse aucun symptôme suspect, l'enfant, pesant à la naissance 2,275 gr.,

fut atteint au 7e jour de pemphigus palmaire et plantaire, d'une éruption papuleuse sur les membres inférieurs, le siège et le dos, et succomba au onzième jour.

Sans vouloir tirer de conclusions d'un aussi petit nombre de faits, nous ferons seulement remarquer que dans aucun de ces trois cas de syphilis paternelle, il n'est intervenu de traitement et que cependant dans un tiers seulement des cas, soit 33 0/0, l'enfant est mort-né, au lieu de 66 0/0 pour l'ensemble des autres cas de femmes non traitées ; ce qui est contraire aux assertions de von Bœrensprung, (1) mais conforme à celles de Fournier, Blaise, Keyfel, Vogel et Kassowitz ; ce dernier, dans sa statistique personnelle, trouve une proportion 24 0/0 de naissances avant terme quand le père seul est syphilitique et 51 0/0 quand les 2 parents sont contaminés. Mais si la mortalité est moindre, il est vrai que les deux enfants nés vivants étaient manifestement syphilitiques ; ajoutons encore que dans un cas personnel (obs. 17) nous avons observé un avortement.

L'une des questions sur lesquelles l'accord est le moins établi est celle de savoir jusqu'à quel point le pronostic varie pour l'enfant suivant l'époque de la grossesse à laquelle se fait la contamination syphilitique de la mère.

Alors que Mandran et Kassowitz nient toute espèce de transmission par voie placentaire, ce qui revient à dire que l'enfant ne peut être atteint que si la syphilis remonte aux premiers mois, nous voyons Cullerier (2) et Œvre prétendre que l'infection de l'enfant peut se faire pendant tout le cours de la grossesse, et ce dernier allait jusqu'à conseiller l'accouchement prématuré lorsque l'infection a lieu à une époque où le fœtus est viable.

Entre ces opinions extrêmes se rangent les autres auteurs ; ce sont : Diday qui nous dit : « Il me suffit d'indiquer le

(1) *Die hereditäre Syphilis.* Berlin, 1864.

(2) CULLERIER. De l'hérédité de la syphilis. *Mémoires de la Société de chirurg. de Paris*, 1851, t. IV.

quatrième mois au delà duquel on peut voir survenir l'infection sans trop redouter l'avortement. »

Puis Parrot (1) : « Plus le moment de la contamination se rapproche du terme de la grossesse, dit-il, moins il y a de chances que l'avortement se produise, *il est très peu probable lorsque la femme est infectée au 5e mois.* »

Hirigoyen (2) qui, dans 7 cas de syphilis survenue du 6e au 9e mois de la gestation, a vu quatre enfants vivants et 3 mort-nés, conclut que « la gravité de la syphilis contractée dans les trois derniers mois est beaucoup moins grave pour le fœtus que celle de la syphilis des six premiers mois ».

Reimonencq (3) déclare que quand la syphilis intervient à la fin de la grossesse, l'enfant naît généralement vivant et sain, *bien que sur cinq cas, il ait 2 mort-nés et un accouchement prématuré.*

Enfin, selon Mauriceau, Bassereau (4), Ricord, Franck, Abernetly, Zeissl, Vajde, Behrend, la syphilis ne fait sentir son influence que jusqu'au 7e mois de la grossesse, limite que Chaballier (5) amène jusqu'au commencement du 8e mois. Neumann (6) cependant cite le cas d'un enfant manifestement syphilitique né d'une mère qui avait contracté la syphilis au 8e mois de sa grossesse.

Notre observation n° 32, rapportée plus haut, est dans le même cas.

---

(1) PARROT. De l'avortement et de l'accouchement prématuré dans la syphilis héréditaire. *Progrès médical*, 1877, p. 881.

(2) HIRIGOYEN. Syphilis et grossesse. *Journal de médecine de Bordeaux*, et *Archives de tocologie*, 1886.

(3) REIMONENCQ. *Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse.* Th. Bordeaux, 1885.

(4) LEGRAND. *Syph. et grossesse. Essais sur la syphilis post-conceptionnelle.* Th. Paris, 1886.

(5) CHABALLIER. Transmission de la syph. de la mère à l'enfant au 8e mois de la grossesse. *Gaz. méd. de Lyon*, 1864.

(6) NEUMANN. *Wien. medical Presse*, 1885, et *Arch. de tocologie*, 1886, p. 73.

Nous avons les observations de 36 femmes chez lesquelles nous avons pu déterminer exactement l'époque d'invasion d'une syphilis acquise pendant la grossesse. Voici les résultats que nous avons pu tirer de leur étude au point de vue qui nous occupe actuellement.

Femmes non traitées. 21 cas.

	ENFANTS VIVANTS		MORT-NÉS	
	A TERME	AVANT TERME	A TERME	AVANT TERME
Syphilis acquise dans les 3 premiers mois	7	4 [illegible]	»	11 [illegible]
4e et 5e mois	1 [illegible]	1	1	2 [illegible]
6e —	»	»	»	»
7e —	1	»	»	»
8e —	»	»	»	»
9e —	»	»	»	»

Femmes traitées. 15 cas.

	ENFANTS VIVANTS		MORT-NÉS	
	A TERME	AVANT TERME	A TERME	AVANT TERME
Syphilis acquise dans les 3 premiers mois	3 [illegible]	1 [illegible]	»	»
4e et 5e mois	6 [illegible]	3	»	»
6e —	»	»	»	»
7e —	»	»	»	»
8e —	1	1	»	»
9e —	»	»	»	»

Le premier de ces tableaux nous montre que quand la syphilis survient dans les 3 premiers mois de la grossesse et n'est point influencée par le traitement :

11 enfants sur 15 sont mort-nés, soit 73 0/0 ;

4 naissent vivants, mais avant terme, et tous les 4 ont succombé dans les premiers jours après leur naissance.

C'est-à-dire, en somme, une mortalité de 100 p. 100.

Ce résultat est de beaucoup plus déplorable encore que celui que nous trouvions pour la statistique générale où la proportion des mort-nés était de 62 0/0 et où 1/5 des enfants naissaient encore et vivants et à terme.

L'invasion se produisant pendant les 4e et 5e mois, nous avons 3 mort-nés sur 5 cas, soit 60 0/0, et parmi les 2 enfants vivants, 1 est à terme ; ce résultat est un peu plus favorable que celui de la statistique générale.

Enfin, dans un cas où la syphilis s'est déclarée au 7e mois, l'enfant est né vivant et à terme.

De là nous pourrons conclure que Diday et Parrot sont peut-être trop absolus dans les proportions que nous rapportions plus haut.

Dans le second tableau, quand les femmes ont été traitées nous voyons immédiatement que nous n'avons plus de mort nés. Même pour une syphilis des 3 premiers mois, que nous venons de voir si terrible, sur 4 cas, nous avons 3 enfants vivants et à terme, soit 75 0/0, un vivant mais né prématurément.

La syphilis étant intervenue dans les 4e et 5e mois, sur 9 cas, nous trouvons 6 enfants vivants, à terme, soit 66 0/0 et 3 nés prématurément. Ces résultats, absolument conformes à ceux que jusqu'à présent nous avons toujours obtenus du traitement, démontrent avec la dernière évidence combien est inexacte la conclusion de Hirigoyen (1), qui, des 9 cas qu'il rapporte, a cru pouvoir conclure :

« Toutes nos observations sont assez nettes pour qu'on puisse dire que la syphilis prise au début de la grossesse jusqu'au 4e mois amène la mort ou l'expulsion du fœtus du 6e au 8e mois ; on pourrait ajouter : MALGRÉ LE TRAITEMENT, *qui, dans ce cas, semble seulement retarder un peu le moment de la mort et de l'expulsion.* »

D'après nos recherches il nous est impossible, dans cette statistique générale de la Maternité de Nancy, comme déjà

(1) HIRIGOYEN. *Loc. cit.*

nous l'avons indiqué pour notre statistique personnelle, d'attribuer au traitement interne les résultats déplorables que Wéber dit avoir observés. La plupart de nos femmes ont été traitées par le protoiodure de mercure, parfois joint à l'iodure de potassium, quelquefois même par le sublimé, et certes, cette statistique est des plus heureuses, la nôtre étant même la plus favorable que nous avons pu trouver :

Mortalité à la naissance chez les femmes traitées = 0.

Certainement, parmi tous ces enfants que nous avons vus naître dans un état satisfaisant et qui ont été perdus de vue, un grand nombre sont destinés à payer tribut à la tare héréditaire terrible qu'ils ont apportée en naissant. Par bonheur, nous savons aussi que le traitement antisyphilitique, rigoureusement appliqué aux enfants nés dans ces conditions, lutte souvent énergiquement contre la diathèse et peut en détruire les conséquences. C'est vers ce but que doivent tendre les efforts du médecin traitant, alors qu'il est déjà arrivé à ce grand résultat : obtenir des enfants vivants.

Nous pouvons donc conclure que :

1) Si chez la femme dont la syphilis n'a jamais été traitée, la mortalité infantile est toujours énorme, au moment de la naissance pouvant atteindre une proportion de 76,5 0/0 pour arriver même au chiffre terrifiant de 95,5 0/0 si l'on compte jusqu'au moment où l'enfant est perdu de vue, cette mortalité peut immédiatement tomber à 16,5 0/0 et même à 11 0/0 si la syphilis maternelle a été à un moment quelconque, influencée par un traitement sérieux.

Que si, maintenant, le traitement est appliqué pendant le cours même de la grossesse, nous pouvons espérer, *du moins au point de vue de la mortalité à la naissance*, UNE IMMUNITÉ PRESQUE COMPLÈTE, puisque sur 10 cas, nous n'avons pas un seul enfant mort-né, et que dans une autre série de 32 observations, la mortalité dans ces conditions n'est que de 9 0/0; en outre dans la grande majorité des cas, l'enfant naît à terme, 80 0/0 dans notre statistique personnelle.

Un tableau, résumant les observations de 10 femmes ayant eu des enfants *avant et après* leur infection syphilitique, nous amène à la même conclusion relativement à l'influence du traitement : (8 accouchements, 8 enfants vivants), après nous avoir montré ainsi avec évidence la terrible influence de la syphilis non traitée sur la grossesse.

2) C'est vers les 5e, 6e et 7e mois, de la vie intra-utérine, que la syphilis frappe surtout ses victimes ; en effet, nous ne trouvons que 1 fœtus (4 0/0) pesant moins de 500 gr. et 72,5 des enfants sont morts avant la fin du 7e mois : un seul pesant 3,000 gr.

3) Sans vouloir tirer de conclusions des cas trop peu nombreux de syphilis paternelle que nous avons pu relever, sa nocivité nous a cependant paru notablement inférieure à celle de la syphilis maternelle.

4) Relativement à la question de savoir quelle est la gravité du pronostic pour l'enfant suivant l'époque de la grossesse à laquelle se fait la contamination syphilitique de la mère, nous trouvons que :

a) Quand l'infection survient pendant les 3 premiers mois de la grossesse, et n'est pas influencée par le traitement, la nocivité atteint son maximum : dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, la mortalité arrive à 100 0/0.

b) L'infection se produisant pendant les 4e et 5e mois, le le résultat est un peu plus favorable que celui de la statistique générale.

c) Dans un cas de contamination pendant le 8e mois, l'enfant, vivant, paraissait être sain ; dans un cas personnel (obs. 32), où l'infection semble remonter au 8e mois, l'enfant est né sain en apparence, mais présenta plus tard des accidents syphilitiques.

Dans tous les cas où le traitement est intervenu, la mortalité à la naissance a été nulle.

5) Dans aucun cas nous n'avons constaté les résultats défavorables que certains auteurs ont attribués au traitement interne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance des 1er, 8 et 15 mars.

GUÉNIOT. — **Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale.** Cette communication repose essentiellement sur 4 observations de septicémie puerpérale, à laquelle, après investigation minutieuse, l'auteur n'aurait pu trouver, comme étiologie, que la contamination par des matières en décomposition de l'air ambiant. Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° En viciant l'air des appartements, les émanations méphitiques, quelle qu'en soit la source — fosses ou cabinets d'aisance, égouts, plombs, chambres borgnes ou de débarras, etc. — deviennent une cause active de fièvre et d'accidents puerpéraux.

2° L'intoxication méphitique, pendant la grossesse, s'effectue surtout par les voies respiratoires ; après l'accouchement elle se produit plutôt par les surfaces saignantes, au contact des liquides et des solides contaminés.

3° La septicémie qui en résulte n'est pas de nature suppurative; son foyer principal réside dans la cavité même de l'utérus où, sans doute à la faveur des produits du méphitisme, le vibrion septique parait trouver, pour son développement, des conditions exceptionnellement propices.

4° Pour réaliser, à cet égard, une bonne hygiène préventive, on doit s'efforcer de maintenir toujours pure l'atmosphère des appartements ; dans ce but, il importe de veiller non seulement à l'aération et à la propreté de toutes leurs parties — les cabinets d'aisance et de toilette en particulier — mais encore de condamner les plombs, certaines pièces de décharge, etc., et de remédier ou de se soustraire aux filtrations malsaines du voisinage.

5° Enfin, dans le cas où ces pratiques auraient été omises où l'on aurait à combattre une septicémie de semblable origine, les moyens principaux du traitement devraient consister :

a) Dans la suppression immédiate et absolue des sources du méphitisme ;

b) Dans la purification, aussi complète que possible, de tout l'appartement;

c) Dans l'emploi de la quinine, des alcooliques à haute dose et des antiseptiques sous toutes les formes, mais *spécialement des solutions phéniquées en injections intra-utérines.*

Discussion : Elle a été longue et il nous est impossible, faute d'espace, de la reproduire ici ; le point spécial sur lequel elle a principalement porté, est *la voie par laquelle les agents pathogènes ont pénétré dans l'organisme.* A. Guérin repousse absolument l'idée que les germes ont pénétré par la voie pulmonaire ou par l'épiderme. Dans tous les cas dont il a été question, les accidents se sont toujours produits après l'accouchement, et alors, toutes ces malades présentaient au moins une plaie, la plaie utérine. C'étaient des blessées ! Chez toutes il existait donc une voie d'effraction. « *Quand une porte est ouverte, à quoi bon se demander si une personne qui est dans la maison est entrée par une fenêtre fermée.* » Si les agents de la septicémie sont entrés par les voies aériennes, pourquoi aucune des femmes n'a-t-elle éprouvé d'accidents pendant la grossesse, comment se fait-il que les personnes de leur entourage qui respiraient le même air souillé n'aient pas été le moins du monde malades. Enfin, chez les accouchées qui auraient été empoisonnées, il suffisait de faire des injections antiseptiques dans la cavité utérine pour que la fièvre se calmât. Comment expliquer la défervescence observée si l'empoisonnement s'était produit par les voies respiratoires ? Charpentier ne croit pas non plus à la pénétration des agents pathogènes par les voies aériennes, et son argumentation diffère peu de celle de Guérin. En ce qui concerne le traitement de la septicémie puerpérale, il pose en principe qu'*il faut agir vite et fort.* Débuter d'abord par les injections intra-utérines, voilà la règle. Mais si elles n'amènent pas une détente immédiate, ne pas perdre du temps et avoir recours au curettage qui amène presque certainement la guérison. Hervieux qui a pris une large part à la discussion se range à l'opinion de Guéniot, c'est-à-dire, qu'il admet que, dans certains cas, rares sans doute, l'infection peut se faire par une autre voie que la voie génitale.

A Guérin demande pourquoi les agents toxiques de la septicémie seraient si facilement absorbés par la peau et par les cellules pulmonaires dans les salles d'accouchement, quand *jamais* pareille

observation n'a été faite dans les salles de chirurgie où l'infection purulente faisait des ravages qui n'étaient pas moindres que dans les Maternités.

Il réclame une démonstration de cette hypothèse sans fondement jusqu'ici *que les microbes pénètrent dans l'organisme par des cellules pulmonaires parfaitement saines.* Si nos tissus ne nous préservaient pas de l'action des microbes pathogènes, il y a longtemps que les espèces animales auraient disparu du globe. MM. Guéniot et Hervieux reviennent sur quelques points de leur argumentation qu'ils développent. Ils tiennent surtout à persuader M. Guérin, qu'ils n'ont pas le moins du monde songé à substituer à la théorie de la pénétration des germes pathogènes par la voie génitale celle de la pénétration par la voie pulmonaire ou cutanée. Comme lui, ils considèrent que c'est surtout par la voie génitale que l'infection se produit, mais, l'observation des faits anologues à ceux qu'ils ont publiés, les ont conduits à admettre comme porte d'entrée *exceptionnelle* les voies respiratoires.

M. Tarnier présente à l'Académie, de la part de M. Pinard, une brochure intitulée: *De la Symphyséotomie.* C'est le tirage à part d'une leçon faite le 7 décembre 1891, et publiée le 15 février dernier dans les *Annales de gynécologie*

Dans cette leçon, après avoir dit que le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie revient à un étudiant en chirurgie francais, Sigault, qui l'imagina en 1768 et l'exécuta avec succès en 1777, M. Pinard rappelle l'enthousiasme provoqué par ce succès, et la réaction qui se produisit ensuite, de telle sorte que les accoucheurs de tous les pays se trouvèrent bientôt partagés en deux camps, les partisans et les adversaires de la symphyséotomie. Baudelocque était parmi ces derniers, et son autorité pesa si puissamment dans la question, que la symphyséotomie fut presque partout abandonnée.

En Italie, cependant, le professeur Morisani, de Naples, s'est toujours montré le partisan de cette opération; après l'avoir faite de temps en temps avec succès, il en devint bientôt le défenseur convaincu et la régularisa; c'est ainsi que sur 12 opérations pratiquées depuis 1888 seulement, il compte 12 mères guéries et 11 enfants vivants. Il sut communiquer ses convictions à ses élèves, et l'un d'eux, M. le Dr Spinelli, a publié dans les *Annales de gyné-*

cologie du 15 janvier 1892, un Mémoire dans lequel il rapporte 24 observations de symphyséotomie, y compris celles du professeur Morisani, avec 24 résultats favorables pour la mère, et 23 pour l'enfant.

Incontestablement, ce sont là de magnifiques résultats, M. le Dr Spinelli, dans un récent voyage à Paris, a attiré sur eux l'attention de M. Pinard et a répété devant lui la symphyséotomie sur le cadavre. Telle est l'origine de cette leçon, dans laquelle le professeur a exposé le manuel opératoire qui lui paraît le meilleur, et figuré l'agrandissement du bassin qu'il a observé après les opérations de symphyséotomie, qu'il a pratiquées avec MM. Farabeuf et Varnier sur le cadavre.

M. Pinard pense que la symphyséotomie « deviendra le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie, et à l'opération césarienne dans bien d'autres ».

A milieu des développements qu'il a donnés à son sujet, M. Pinard a bien voulu, dit M. Tarnier, citer l'une des phrases d'un chapitre dans lequel j'ai émis, il y a longtemps déjà, des idées favorables à la symphyséotomie. Voici le passage dont cette phrase est tirée :

« Chez une femme arrivée au terme de la grossesse, la symphyséotomie pourrait donc être mise en parallèle avec l'opération césarienne ou l'embryotomie ; mais, pendant le cours même de la grossesse, on devra toujours accorder la préférence à l'accouchement prématuré qui est précisément applicable aux mêmes cas, et qui est plus avantageux sous tous les rapports. De ce qui précède, on pourrait encore conclure qu'il ne serait peut-être pas déraisonnable de songer à associer l'accouchement prématuré artificiel à la symphyséotomie, dans les rétrécissements de 6 à 7 centimètres d'étendue. » (*Atlas de tous les traités d'accouchements*, par Lenoir, Marc Sée et Tarnier. Paris, 1865, p. 278.)

J'ajouterai que depuis la publication de sa leçon, M. Pinard a pratiqué deux fois la symphyséotomie. Sa première malade a été opérée le 4 février dernier ; elle est aujourd'hui complètement guérie et marche avec facilité ; mais son enfant a succombé le troisième jour de sa naissance. Sa seconde malade a été opérée le 25 février; elle est aujourd'hui en pleine convalescence, et son enfant est magnifique. J'ai vu et examiné hier ces deux malades, et je les ai trouvées dans l'état que je viens de dire.

De tels faits commandent au plus haut point l'attention de tous les accoucheurs, et, grâce à l'antisepsie, une ère nouvelle semble s'ouvrir pour la symphyséotomie. Si cette opération reprend faveur ce sera un grand honneur pour le professeur Morisani, et M. Pinard aura le mérite incontestable d'avoir ramené cette opération en France, où son exemple sera probablement suivi ; c'est du moins ce que je suis disposé à faire. »

CHARPENTIER. — **De la symphyséotomie.** Nouveau plaidoyer en faveur de cette opération, dont l'auteur est allé contrôler à Naples les résultats publiés par Spinelli dans le numéro de janvier des *Annales de Gynécologie* (1).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 *mars* 1892.

CHAPUT. — **Traitement de la rétroflexion par la laparotomie.** — Après un exposé parallèle et critique des différents procédés opératoires appliqués au traitement des rétrodéviations utérines, l'auteur résume sa manière de voir de la façon suivante : « Je conclus en disant qu'on devra essayer le pessaire contre les déviations simples et mobiles (sans préjudice du curage et des réparations périnéo-vaginales) et que tous les cas rebelles au pessaires seront guéris facilement et constamment par la laparotomie.

Cette opération paraît préférable à l'hystéropexie, car elle permet de choisir entre le redressement simple, la castration avec ou sans fixation, et la fixation sans castration. La fixation de l'utérus lui-même ayant quelques inconvénients, l'auteur conseille de suturer à la plaie pariétale les pédicules de la castration, ou bien le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds si la castration n'est pas nécessaire.

Il relate ensuite dans le détail 4 cas, sur lesquels repose son travail, et dans lesquels il a obtenu la guérison. Ces cas se répartissent ainsi : 1) *Rétroflexion. Utérus énorme, fibromateux, castration et hystéropexie ;* 2) *Rétroflexion. Laparotomie. Castration unilatérale. Hystéropexie. Guérison ;* 3) *Rétroflexion causée par des fibromes. Castration sans hystéropexie, guérison ;* 4) *Rétroflexion adhérente fixée par une masse salpingienne*

(1) Voir *Ann. de gynéc. et d'obst.*, février 1892, p. 81.

énorme. Laparotomie, ablation des annexes droites. Pas d'hystéropexie. Guérison.

Discussion. — GUÉNIOT exprime sa surprise que l'auteur ait fait le curage utérin préalable chez ses opérées. Il ne ressort pas de la description des faits que cette opération fût nettement indiquée. D'ailleurs il est vrai que cette intervention — excellente dans beaucoup de cas — est trop souvent faite, et qu'elle n'est pas, quoi qu'on affirme, absolument inoffensive. CHARPENTIER pense que contre la rétroflexion simple ou compliquée d'un peu d'endométrite, il suffira souvent de la dilatation prolongée et d'un curettage, mais que contre la rétroversion compliquée de lésions des annexes le curettage et la dilatation sont insuffisants ; que, dans ces cas, il faut résolument intervenir par des actes plus chirurgicaux.

En ce qui concerne le curettage, il le considère comme un moyen merveilleusement efficace dans les cas appropriés, et, d'une manière générale, comme dépourvu de tout danger, à condition que l'antisepsie soit rigoureuse. P. PETIT défend l'opération d'Alexander. Ce qui tend à la discréditer, c'est qu'on l'applique souvent sans une analyse judicieuse des cas qu'on a à traiter, des indications multiples qu'il est nécessaire de remplir. On peut être amené à pratiquer dans la même séance, le curettage, l'amputation anaplastique du col, la colporrhaphie antérieure, la colpopérinéorrhaphie, et le raccourcissement des ligaments ronds. En somme, l'opération d'Alexander, recommandable *a priori* en ce qu'elle agit dans un sens éminemment physiologique et qu'elle ne peut offrir de dangers sous le couvert de l'antisepsie, a des indications propres qui se résument en l'absence de lésions péritonéales. Ce qui importe, avant de faire son choix entre cette intervention et la laparotomie, c'est d'établir scrupuleusement les détails du diagnostic, ce qui est le plus souvent possible sans ouvrir le ventre. Orientant son intervention d'après ses principes, PETIT a pratiqué l'Alexander 6 fois : 1 fois pour prolapsus, 4 fois pour rétroversion mobile avec ou sans rétroflexion, une fois pour rétroflexion résistante ; au total, 4 résultats heureux qui paraissent définitifs, 2 heureux aussi mais encore trop récents.

A propos de l'hystéropexie, il cite un cas d'éventration avec persistance de douleurs observé chez une femme hystéropexiée par un des plus habiles chirurgiens des hôpitaux de Paris, et un cas

de mort, par hémorrhagie interne consécutive à la section de l'utérus par les fils fixateurs, sous l'influence des secousses produites par les vomissements causés par le chloroforme. DOLÉRIS insiste également sur l'importance capitale qu'il y a à faire un diagnostic aussi complet que possible des lésions. Il observe aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de s'attaquer aux annexes pour les guérir et parmi les divers procédés conservateurs auxquels on peut avoir recours, se place en première ligne la dilatation que l'on prolongera durant 5 et 6 jours, et que l'on renouvellera s'il est nécessaire. CHAPUT, malgré le jugement de M. Guéniot persiste à penser que le curettage est une opération inoffensive en soi. En ce qui concerne l'opération d'Alexander qui, dit-on, réussit quand on a fait le diagnostic de toutes les lésions, il pense que précisément ce diagnostic est souvent fort difficile, impossible même, et que, dans certains cas, la laparotomie seule permet de l'établir suffisamment pour bien orienter l'intervention. Il remercie enfin M. Petit des 2 faits, inédits, qu'il lui a fournis contre l'hystéropexie.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

AFFECTIONS DU REIN, ALBUMINURIE, ÉCLAMPSIE

De l'état anatomique des reins dans l'éclampsie puerpérale. (Ueber das Verhalten der Nieren bei der puerperalen Eklampsie), W. PRUTZ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 1.

Après un historique rapide et complet consacré aux nombreux travaux suscités par l'étude de la pathogénie de l'éclampsie et du rein gravidique, l'auteur relate 22 cas qui lui ont servi pour étudier l'état anatomique des reins dans l'éclampsie puerpérale. Il fait suivre cette relation des considérations suivantes : « Si l'on veut essayer de déterminer, d'après les états anatomiques observés, l'influence étiologique des altérations rénales, il importe de comparer ces états avec ceux que présentaient communément les sujets emportés par l'urémie, d'origine rénale. Si, d'une manière géné-

rale, on veut expliquer un cas d'éclampsie en disant qu'il s'agit au fond d'un cas d'urémie, il devient nécessaire que les altérations rénales correspondent par leur intensité et leur étendue à celles qui se produisent d'ordinaire dans l'urémie.

Toutefois, il n'est pas possible d'estimer ces lésions d'une façon absolument précise, parce que les degrés différents du processus se suivent d'une manière continue, et que, de deux états anatomiques très rapprochés, nous ne pouvons affirmer que l'un, et non l'autre, est susceptible de provoquer l'urémie. »

« Des observations relatées, les huit premières correspondent à des altérations inflammatoires qui, lorsqu'elles se produisent chez un sujet non gravide, peuvent parfaitement amener la mort par urémie. D'autre part, on n'est pas en droit d'affirmer qu'une semblable terminaison ne se produirait pas avec les lésions dont il est question dans les faits suivants. Sur les 3 derniers cas, dans lesquels il existait des complications, il convient de suspendre tout jugement définitif. Dans le cas XX, il, n'y avait que des altérations inflammatoires récentes et, en raison de l'insuffisance de l'anamnèse, il est impossible de dire si elles étaient antérieures à l'accouchement ou si elles étaient sous la dépendance d'une endocardite verruqueuse développée postérieurement.

Dans le cas XXI (septicémie puerpérale) les altérations anciennes sont insignifiantes, tandis que les récentes sont très étendues ; or, il n'est pas aisé d'établir nettement quel rapport ces dernières ont avec le processus infectieux. Dans le dernier cas, les deux accès éclamptiques éclatèrent après une injection de solution au sublimé. A cette époque, la néphrite toxique devait être déjà complètement constituée. Et l'apparition tardive de l'éclampsie incline à croire qu'elle a été en relation étiologique étroite avec la néphrite causée par l'intoxication mercurielle.

Sur les autres cas, on ne peut également avancer rien de formel. Dans certains d'entre eux, les altérations constatées sont si minimes que, dans un certain sens, l'état anatomique s'éloignait peu de l'état normal. Car on retrouve de semblables altérations chez des sujets qui ont succombé à telle affection tout à fait indépendante d'une influence rénale, et qui, jamais, durant leur vie, n'ont présenté de symptômes d'une affection des reins.

L'observation XIX mérite une mention spéciale. Elle se distingue en effet par l'absence complète d'altérations inflammatoires, — en

particulier l'épithélium sécréteur est tout à fait normal. Par contre, les cylindres rénaux sont en quantité considérable et les canaux urinifères extrêmement dilatés. En ce qui concerne l'origine de cylindres rénaux, on doit, à cause de l'absence de toute lésion phlegmasique et de la dilatation et de la réplétion des veines et capillaires, la chercher dans une exsudation par stase sanguine. Il n'existe de sang que dans quelques canaux rayonnés médullaires, et rien, dans ce cas, ne permet de supposer que ces cylindres sont des cylindres hématiques, c'est-à-dire des formations anatomiques semblables à celles décrites par Langhans qui, dans un cas, put suivre la transformation de cylindres hématiques en cylindres homogènes, transparents. Se fondant sur ces constatations Langhans avait révoqué en doute la formation des cylindres aux dépens du sérum transsudé; mais l'observation actuelle démontre que cette origine ne doit pas être systématiquement écartée. Elle trouve d'ailleurs dans l'observation XIII un nouveau témoignage à son actif, car, on put dans ce cas constater que les exsudats dans l'espace du glomérule, exsudats issus certainement du peleton glomérulaire, se continuaient directement dans les tubuli contorti correspondants. D'autre part, il existait en d'autres points des canaux urinifères des exsudats tout à fait semblables. Il y avait également obstruction de plusieurs canaux d'union, et d'autres canaux plus élevés par des cylindres épais et longs en même temps qu'une dilatation des voies urinifères. On nota encore quelques modifications inflammatoires, mais elles étaient minimes. Il est permis de penser que dans ces conditions, c'est-à-dire quand bon nombre de canaux d'union et de canaux supérieurs sont déformés par de volumineux et nombreux cylindres, il existe, sinon un obstacle absolu, du moins une grande gêne à la circulation de l'urine, qui a pour conséquence les dilatations remarquables observées, et que les cylindres agissent sur le développement de l'urémie par simple action mécanique.

Dans le cas III, il fut possible d'établir d'une façon formelle l'existence d'embolies graisseuses, qui intéressaient aussi bien les anses glomérulaires que les capillaires intercanaliculaires. Dans le cas VIII, on constata çà et là des éléments graisseux qui paraissaient siéger dans les anses glomérulaires; et la perméabilité conservée des vaisseaux du glomérule n'infirme pas cette interprétation parce que, d'après Virchow, la graisse dans l'embolie grais-

seuse se divise en fines gouttelettes. En ce qui concerne le cas III, il est certain que l'embolie graisseuse n'a aucune relation étiologique avec l'éclampsie. Par exemple, dans les cas de lésions osseuses étendues, des quantités beaucoup plus considérables de graisse concourent à la formation d'embolies, et cependant jamais ces accidents ne se traduisent par l'apparition des convulsions.

En aucun cas, on ne constata la présence de micro-organismes dans le rein.

D'autre part, on releva une disproportion remarquable entre la gravité des cas observés et l'intensité et l'étendue des lésions, c'est-à-dire des éclampsies légères avec des altérations rénales profondes et *vice versâ.*

Il est impossible, dans un très grand nombre de cas, d'expliquer le développement des convulsions par les seules affections rénales. D'autres facteurs entrent certainement en jeu. Mais l'auteur ne s'est pas proposé de les déterminer. La seule conclusion qu'il tire de ses recherches, c'est qu'on n'est autorisé à admettre la possibilité de l'influence étiologique des maladies du rein vis-à-vis de l'éclampsie que dans un petit nombre de cas.

R. L.

De l'éclampsie (Ueber Eklampsie), R. OLSHAUSEN. *Samml. klinisch. Vorträge*, 1892, n° 36, p. 325.

Étude basée sur 200 cas d'éclampsie, observés du 1er septembre 1885 jusqu'au 17 avril 1891, ainsi en l'espace de 5 ans 1/2. Les 200 cas se répartissent sur un intervalle de 2,054 jours, soit en moyenne 3 cas par mois. Mais la considération plus minutieuse des dates permet de consigner cette particularité, d'ailleurs déjà relevée (Delore) (1), que l'éclampsie se manifeste, pour ainsi dire, par périodes (épidémies d'éclampsie). Le fait reste inexpliqué.

Conditions étiologiques. — Sur les 200 cas, il y eut *primipares* 145 ; *multipares* 51 ; 4 fois le nombre des accouchements ne fut pas noté ; proportion des primipares éclamptiques 74 0/0. Voici des moyennes indiquées par d'autres auteurs : Löhlein a) 85,4 0/0, b) 75 0/0 ; Schauta 82,6 0/0 ; Brummerstädt 80,50 0/0 ; C. Braun 86,3 0/0. De ces 145 primipares, 37, soit 25,50 0/0, étaient des primipares âgées, c'est-à-dire âgées de 28 ans ou plus.

(1) DELORE. *Lyon méd.*, 10, XII, 1884.

Des pluripares, 32 avaient eu de 2-4 accouchements, 19 cinq accouchements et plus. Cinq avaient accouché dix et onze fois.

Sur les 200 accouchements, il y eut 16 accouchements gémellaires, soit 6 0/0, au lieu de la moyenne ordinaire 1 1/4 0/0 (Löhlein, 5,2 0/0 ; Winckel, 11 0/0 ; Schauta, 9 0/0).

Olshausen n'a pas pu, des faits qu'il a observés, déduire la proportion des *femmes devenues éclamptiques déjà pendant la grossesse,* parce que, d'une part, presque toutes avaient déjà eu un plus ou moins grand nombre d'accès et que le plus grand nombre étaient déjà en travail quand il fut appelé auprès d'elles. Löhlein donne la proportion de 4,7 0/0, Schauta 14 0/0, Braun 24 0/0. Pour l'auteur, c'est ce dernier chiffre qui se rapprocherait le plus de la vérité, encore lui paraît-il trop faible, et devrait-il être porté à 40 0/0 (Olshausen base son jugement sur la considération du poids des enfants, et tient pour avant terme ceux chez lesquels ce poids reste au-dessous de 2,500 gr., de 2,000 gr. pour les jumeaux). Il a vu l'éclampsie éclater au 3e et au 4e mois.

Il est plus facile d'établir la proportion de l'éclampsie puerpérale au sens strict du mot, c'est-à-dire des convulsions apparues après l'accouchement. Sur les 200 cas, il y en eut 28 = 14 0/0 (Winckel 17 0/0, Löhlein 23 0/0, Schauta 26,4 0/0, C. Braun 24 0/0).

Sur les 200 cas, 5 fois l'éclampsie cessa sans avoir provoqué l'accouchement.

Et la grossesse se termina par l'expulsion d'enfants macérés sans que les convulsions reparussent, circonstance qui, d'ailleurs, ne fait que confirmer les observations déjà faites sur ce point. L'éclampsie est souvent associée avec la mort du fœtus, et cette association a suggéré l'idée que la maladie convulsive pouvait résulter d'une intoxication produite par des éléments issus du fœtus vivant. En faveur de cette idée militent non seulement les faits dans lesquels on voit les convulsions éclater quelques heures ou plus tard après la naissance de l'enfant, mais aussi ceux dans lesquels le fœtus avait succombé déjà depuis longtemps avant leur apparition.

Si le retour de l'éclampsie, après une accalmie de 24 heures, constitue une éventualité rare, elle est néanmoins possible. Ainsi, une primipare, âgée de 21 ans, avait eu le jour qu'elle accoucha d'un enfant avant terme (1,300 gr.) vivant, le 24 mai, plusieurs accès éclamptiques. (Traitement : morphine 0,02 cent., chlo-

ral 3 gr.). Or, l'éclampsie récidiva le 31 mai, c'est-à-dire le 7e jour des suites de couches (2 accès), puis le 8 juin. L'urine était très albumineuse et contenait un grand nombre de cylindres hyalins et granuleux. Autre exemple : après 11 accès d'une éclampsie puerpérale survint une accalmie qui dura 36 heures. Mais, consécutivement à la palpation de l'utérus, éclatèrent un douzième et un treizième accès. Nouvelle accalmie de 24 heures qui, à l'occasion de la même circonstance, fut suivie d'accès répétés (104) auxquels la malade succomba. Leudet (1) a également vu l'éclampsie cesser, l'albumine disparaître, et 2 mois après les convulsions éclater de nouveau.

Le retour de l'éclampsie dans un accouchement ultérieur constitue également une grande rareté. Sur 200 cas, 2 fois il était noté que les femmes avaient déjà eu des convulsions. Dans l'un des cas, il s'agissait d'une IIpare, chez laquelle le 1er accès survint 36 heures seulement après l'accouchement. Dans l'autre, d'une Vpare chez laquelle l'accouchement se fit 24 jours après la cessation des convulsions.

Symptomatologie. — Rien de spécial à noter (douleur gastrique, céphalalgie, amaurose). *Etat de l'urine.* Il a pu être noté dans 168 cas : 4 fois albumine en très petite quantité ou seulement à l'état de traces ; les 4 femmes étaient primipares. L'une d'elles n'eut qu'un accès ; la seconde 3 accès *ante partum*, la troisième 4 accès *post partum*, en somme, trois éclampsies légères. Mais la 4e, qui était atteinte d'hydramnios eut en 5 jours 1/2 23 accès, fut accouchée au forceps 7 heures après le dernier accès d'un enfant mort depuis peu, et guérit.

Dans tous les autres cas l'albumine était en quantité notable, et même dans la plupart des cas en très grande abondance. En ce qui concerne la présence d'éléments figurés dans l'urine, cette recherche n'a été faite que dans 59 cas. 7 fois seulement elle fut négative. Dans les autres, on constata toujours des cylindres plus ou moins nombreux, tantôt hyalins, tantôt granuleux ; souvent des éléments épithéliaux du rein, et 4 ou 5 fois des globules sanguins.

L'*ictère* fut noté 2 fois. L'un des cas se termina par la mort. L'autre fut suivi de guérison après 10 accès survenus après la

(1) LEUDET. *Gaz. hebdom.*, 1854, 1, 28.

naissance de 2 jumeaux vivants. Braun avait déjà constaté l'apparition de l'ictère, et de ce fait, avait supposé une *éclampsie cholémique*. Récemment, Stumpf a attiré l'attention sur cette complication, qu'il place sous la dépendance de déchirures vasculaires et d'hémorrhagies dans le tissu du foie.

Olshausen signale aussi chez certaines femmes une *perte relative de la mémoire*, s'étendant non seulement sur l'intervalle écoulé depuis le 1er accès, jusqu'au retour à la conscience, mais aussi sur un certain laps de temps antérieur à ce premier accès.

Anatomie pathologique. — Dans presque tous les cas qui donnèrent lieu à un examen nécropsique, il existait des altérations des reins. Dans 22 sur 37, on constata au niveau des reins les phénomènes d'un processus aigu ou subaigu, siégeant dans le parenchyme rénal, tantôt se manifestant surtout par une dégénérescence graisseuse aiguë des éléments épithéliaux de la substance corticale, tantôt par une altération profonde du parenchyme rénal. Dans deux cas les modificatione pathologiques étaient faibles. Dans d'autres cas, il existait une néphrite interstitielle chronique à laquelle s'étaient surajoutées des altérations parenchymateuses aiguës. Dans un cas, il y avait néphrite interstitielle chronique gauche et, à droite, néphrite parenchymateuse récente. Habituellement les lésions parenchymateuses étaient bilatérales. En un certain nombre des cas de néphrite parenchymateuse simple ou compliquée, le parenchyme était le siège de nombreuses apoplexies ; dans un cas, il existait de la néphrite glomérulaire. Dans deux cas, on ne trouva que de l'hyperhémie rénale ; l'une des malades était morte 29 jours seulement après l'accouchement (de pyopneumothorax), et les altérations rénales pouvaient bien avoir rétrocédé.

Chez une seule malade, on ne releva aucune altération du rein. Elle avait eu 21 accès éclamptiques, dont la moitié après l'accouchement. Elle mourut de pneumonie cinq jours après avoir accouché, peut-être les lésions avaient-elles aussi rétrocédé. L'urine en effet avait contenu beaucoup d'albumine, un grand nombre de cylindres hyalins et granuleux et des globules rouges.

Dans un de ces 37 cas, les deux reins étaient profondément altérés, et ce cas, au point de vue de la signification de l'éclampsie, offrait un intérêt spécial. Le rein droit était un rein kystique fœtal (fötale cystenniere) du volume d'un œuf de pigeon. L'uretère

droit était d'une minceur normale, filiforme. Le rein gauche était le siège d'une hydropisie assez accusée, il était formé d'une seule pyramide. L'uretère gauche, au détroit supérieur et en remontant, était notablement dilaté.

État des uretères. — Dans 5 cas, l'uretère droit était dilaté, généralement d'une façon assez modérée, sans hydronéphrose ou avec hydronéphrose minime. Une fois, léger degré d'hydronéphrose droite sans dilatation de l'uretère droit; dans un autre hydronéphrose gauche avec dilatation de l'uretère correspondant avec rein cystique droit (obs. citée plus haut).

État du cerveau. — 30 cas furent utilisés pour ces recherches. Dans 16, œdème de la substance cérébrale et de la pie-mère, mais, en général, à un faible degré. Dans 5 cas, état apoplectique du cerveau, dans deux hématomes volumineux de la pie-mère, dans 5 autres hypérémie du cerveau et la plupart du temps de ses enveloppes. Dans les autres cas, la vascularisation cérébrale et la quantité du liquide céphalo-rachidien ne s'écartaient pas trop des conditions normales.

Olshausen mentionne les *altérations du tissu hépatique*, si fréquentes chez les éclamptiques, et qui sont le point de départ de l'ictère qui parfois se développe après l'éclampsie. Ces altérations donnent-elles encore lieu à d'autres désordres graves, qui contribueraient à amener la mort, ce point reste douteux. Mais on considère aujourd'hui comme chose très vraisemblable que les embolies graisseuses constatées dans les poumons et les reins d'éclamptiques, sont sous la dépendance de ces altérations hépatiques (relation soupçonnée par Virchow dès 1886). Et la démonstration par Jürgens de la production d'embolies de cellules hépatiques est venue fortifier cette opinion.

Mortalité. — Des 200 éclamptiques, 50 moururent. Multipares ou primipares furent frappées dans la même proportion de léthalité, contrairement aux moyennes établies par d'autres observateurs, Sehauta par exemple, donne les chiffres suivants : mortalité pour les multipares 44,8 0/0, pour les primipares 37,3 0/0; Löhlein pour les multipares 33,3 0/0, pour les primipares 20,5 0/0.

9 fois la femme succomba pendant la grossesse ou l'accouchement; une fois, on fit, sur la femme mourante, la section césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant. Dans les 40 autres cas, la mort survint durant les suites de couches;

Le 1er jour, 15 fois.
Le 2e — 9 —
Le 3e — 5 —
Le 4e — 4 —
14e, 15; 29e; 35e; 14e, une fois.

Dans 10 cas, l'issue fatale ne fut la conséquense ni de l'éclampsie ni de ses suites directes, mais de processus divers (granulie aiguë, néphrite parenchymateuse, septicémie aiguë, septicémie, endocardite chronique, stéatose cardiaque, pleurésie suppurée, infection septique, endocardite ulcéreuse, etc.).

Ces faits étant écartés, le chiffre de la mortalité par éclampsie tombe à 25 0/0, chiffre relativement peu élevé en comparaison des statistiques antérieures : Dohrn, 29 0/0 ; Löhlein, 28 0/0 ; Scanzoni, 32,9 0/0 ; C. Braun, 31,8 0/0 ; Hugenberger, 35,1 0/0 ; Brummerstädt, 37,8 0/0 ; Hofmeier, 39,4 0/0. Toutefois, d'autres statistiques récentes sont encore beaucoup plus favorables, Winckel, 7 — 10 0/0 ; G. Veit accuse 2 morts sur 66 cas et J. Veit pousse l'optimisme jusqu'à dire qu'on est en droit d'espérer une issue heureuse dans cette affection. La plus récente statistique de Löhlein donne 23,7 0/0. Olshausen fait remarquer qu'il faut pour apprécier justement la mortalité qu'il a observée (25 0/0) tenir compte de ce fait que la plupart du temps il s'agit, à l'hôpital, d'éclampsies particulièrement graves.

Pronostic. — Il est très difficile de l'établir. Les opinions des auteurs sont très divergentes. Olshausen considère que l'éclampsie puerpérale, au sens strict du mot, peut être très légère et extrêmement grave. Un accès éclate-t-il tout de suite après l'accouchement, assez souvent il reste isolé ou n'est suivi que de quelques autres. Toute la maladie se joue en 1 ou 2 heures. Par contre, les convulsions apparaissent-elles beaucoup de temps, une demi-journée par exemple, ou davantage après l'accouchement, la maladie est habituellement tout à fait grave.

Le nombre des accès qui ont déjà eu lieu a une importance pronostique considérable. Quand il s'élève à 15 ou au delà, le pronostic est défavorable. De 36 malades qui eurent plus de 15 accès 20 succombèrent. Winckel dit qu'il n'a jamais observé la guérison après 18 accès. Pourtant, sur les 16 cas de guérison relatifs à des femmes qui avaient eu de nombreux accès, 6 d'entre elles en avaient eu de 22 à 39. Néanmoins, dans les cas d'accès nombreux,

il ne reste pour ainsi dire d'espoir de guérison que lorsque la maladie affecte une allure pour ainsi dire chronique, c'est-à-dire quand les accès ne se succèdent pas à intervalles très courts.

Indépendamment du nombre, le *caractère des accès* importe beaucoup (intensité excessive, succession rapide, résistance absolue même à une thérapeutique énergique). De même, l'*élévation considérable de la température*, est toujours un symptôme défavorable. Dans 37 cas, la température monta à 39° et au delà, soit pendant les accès ou durant le coma.

De ces 37 femmes, 15, soit 40,5 0/0 succombèrent. D'une manière générale, l'hyperthermie dépend beaucoup du nombre des accès. Ainsi, dans 39 cas dans lesquels la température atteignit ou dépassa 39°, le nombre moyen des accès fut de 15. Dans les 130 autres où la température resta au-dessous de 39°, le nombre ne fut que de 9. Plus importants encore sont les *caractères du pouls*. Sa petitesse et sa grande fréquence, durant les accès ou après leur cessation, assombrissent beaucoup le pronostic. Dans la majorité des cas, le pronostic reste douteux non seulement pendant les accès, mais aussi durant le coma. D'autre part, les maladies secondaires, parmi lesquelles les affections pulmonaires et la septicémie jouent le principal rôle, doivent être prises en considération.

La *fréquence de la septicémie* chez les éclamptiques ressort de presque toutes les statistiques. (Löhlein, 106 éclamptiques, morts 40, septicémie 4 cas; Brummerstädt 135 éclamptiques, morts, 51, processus puerpéraux divers, 13; C. Braun, 44 éclamptiques, processus puerpéraux 9, avec 5 terminaisons fatales.) Par contre, dans la récente statistique de Löhlein il n'est noté sur 325 cas d'éclampsie que 4 cas de septicémie et de pyémie. Cette fréquence des processus puerpéraux chez les éclamptiques peut sans doute s'expliquer par la fréquence des interventions rendues nécessaires, mais elle peut être aussi sous la dépendance d'une prédisposition spéciale de ces malades à l'intoxication septique, ce qui est aussi le cas pour les sujets atteints d'anémie aiguë.

Le chiffre de la mortalité infantile est encore plus élevé que celui de la mortalité maternelle. Abstraction faite des cas d'éclampsie puerpérale au sens absolu du mot, des cas dans lesquels l'éclampsie n'interrompit pas la marche de la grossesse, de ceux dans lesquels la femme mourut avant la terminaison de l'accouchement, de ceux enfin dans lesquels, au moment de l'interruption de la

grossesse, le fœtus n'était pas encore viable, il reste 153 enfants dont 43 vinrent mort-nés, soit 28 0/0, au lieu de 25 0/0 chiffre de la mortalité maternelle. *Le nombre et la succession rapide des accès* sont encore plus fatales aux fœtus : en général, après 12-15 accès l'enfant a succombé. Toutefois cette formule souffre des exceptions. Ainsi, 2 fois l'enfant vint vivant, bien qu'il y eut eu 26 accès. Les agents médicamenteux employés (morphine) exercent aussi une influence sur la vitalité infantile. Ainsi, *on a vu des enfants venir au monde dans un véritable état de narcose morphinique.* Malgré l'absence de tout symptôme d'asphyxie, les mouvements respiratoires sont superficiels et lents, il en est de même des mouvements des membres. La pupille est parfois fixe et contractée, et, à un examen superficiel, on pourrait méconnaître la cause réelle de cet état.

Traitement de l'éclampsie. — Ce traitement est encore empirique. A la narcose chloroformique si en vogue, Olshausen préfère en général, l'usage de la morphine à hautes doses, comme l'a préconisé G. Veit. Comme première dose, 0,03 cent. en injection sous-cutanée, qu'on fait suivre d'une nouvelle dose si les accès ne sont pas arrêtés ; il est rare que la quantité totale de morphine employée dépasse 0,06 centigrammes ; toutefois, dans les cas, à évolution pour ainsi dire chronique, c'est-à-dire se prolongeant plusieurs jours, la dose totale a pu arriver à 0,27 centigr. et la femme a guéri. Quand l'état des pupilles (pupilles très contractées) ou du pouls (petit) paraît contre-indiquer la morphine, on a recours aux lavements de chloral (2-3 grammes). La narcose chloroformique doit être réservée pour les cas, relativement assez rares, dans lesquels les accès se répètent à des intervalles assez réguliers. Dans les autres, il faut ou maintenir très longtemps la malade sous l'influence du chloroforme ce que l'auteur ne juge pas recommandable, ou bien on donne le chloroforme aux premiers symptômes d'un accès, et alors il vient trop tard et ne le coupe pas.

Des diaphorétiques, préparations bromurées, bains, etc., il n'est fait aucun usage pendant l'attaque d'éclampsie, on supprime soigneusement toutes manœuvres inutiles, parce que trop souvent elles provoquent l'accès. On observe des cas dans lesquels la palpation même prudente de l'utérus, l'expression du placenta, la piqûre faite avec l'aiguille de Pravaz, etc. suffisent à déterminer les convulsions. Quand, dans l'état comateux, la respiration au

niveau des voies respiratoires supérieures s'accompagne d'un bruit de râle constant, il convient d'attirer hors du lit la partie supérieure du corps de la malade et d'abaisser fortement sa tête. Il n'est pas rare alors de lui voir rendre des quantités colossales de mucus, évacuation qui est suivie d'une respiration plus facile et d'une diminution de la cyanose.

En ce qui concerne le *traitement chirurgical*, l'auteur le résume de la façon suivante : Chez les multipares percer aussitôt que possible la poche des eaux pour provoquer ou accélérer l'accouchement. Quand l'orifice externe n'oppose plus d'obstacles, intervenir avec le forceps. Il faut ne recourir à la version et aux incisions de l'orifice externe qu'avec beaucoup de circonspection. Dans quelques cas, on peut dans l'intérêt de la mère, ou dans l'intérêt de l'enfant, la mère étant mourante, faire la césarienne ; mais, à ce point de vue, il est impossible de formuler des règles précises.

Nature de la maladie. — L'éclampsie consiste en une intoxication, conséquence d'un trouble fonctionnel du rein en général assez aigu. Ce trouble fonctionnel est lui-même, dans le plus grand nombre des cas, sous la dépendance d'altérations aiguës ou subaiguës du parenchyme rénal, surtout de l'épithélium des canaux urinifères. Il est plus rare que les troubles de la sécrétion rénale relèvent de néphrites parenchymateuses chroniques (mal de Bright) ou de néphrites interstitielles. En certains cas, à une néphrite chronique interstitielle se surajoute une dégénérescence graisseuse aiguë, et l'association des deux processus détermine d'autant plus facilement les accidents éclamptiques. Exceptionnellement, d'autres états pathologiques des reins, à la faveur de circonstances particulièrement favorables (par exemple, trouble fonctionnel antérieur de l'un des reins), sont susceptibles de provoquer des troubles aigus de la sécrétion urinaire (compression des uretères, hydronéphrose). Il faut encore signaler l'influence pathogénique des altérations du parenchyme rénal produites par des substances toxiques (acide phénique, sublimé). La connaissance de ces dernières altérations est venue donner à la théorie de l'intoxication un nouveau fondement. R. L.

De la théorie de l'éclampsie (Zur Theorie der Eklampsie), O. Herff. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 12, p. 230.

Si l'on compare, abstraction faite de leur étiologie, les accès con-

vulsifs de l'épilepsie, de l'éclampsie et de l'urémie, on trouve entre eux une très grande similitude. En réalité, il s'agit là d'un complexus symptomatique, qui peut être créé par des causes diverses, mais dont le point de départ doit être recherché dans les centres cérébraux psycho-moteurs et dans les cellules ganglionnaires sous-corticales. D'autre part, des faits cliniques nombreux démontrent que ce complexus symptomatique exige souvent, pour se produire, une excitabilité spéciale des centres nerveux cérébraux.

Or, cette disposition particulière peut résulter de conditions diverses, les unes congénitales, les autres acquises, et qui peuven être rangées en divers groupes : 1) les *intoxications* et en pre mière ligne l'intoxication uratique; 2) les *infections*; 3) les *maladise du système circulatoire* (l'influence étiologique de ces malades vis-à-vis de la disposition aux convulsions est peu connue) ; 4) les *affections du système nerveux.*

On observe des cas d'éclampsie dans lesquels les troubles du côté du rein sont minimes, non plus accusés, ainsi que le faisait remarquer encore récemment Virchow, que dans une infinité de faits qui ne donnent pas lieu à l'éclampsie. Il faut donc admettre dans les premiers une condition toute spéciale, une disposition éclamptigène « *eklamptischen Labilitat* », particulière à la gestation, et principalement aux primipares, que cette disposition soit l'effet d'une tare neuro-ou psychopathique (cas héréditaires), qu'elle soit acquise (intoxications, infections, autres états pathologiques), ou qu'elle soit la conséquence de l'irritabilité physiologique liée à la grossesse elle-même. Cette manière de voir est fortifiée par le fait qu'on a constaté un développement considérable de faisceaux nerveux au niveau des organes génitaux durant la gestation.

Nous devons d'autant moins facilement repousser cette hypothèse d'une « disposition éclamptigène », créée par l'irritabilité physiologique de la grossesse, qu'elle nous permet de comprendre la fréquence plus grande de l'éclampsie chez les primipares, au cours des grossesses gémellaires, chez les femmes à bassin étroit, dans les cas d'hydramnios, aussi bien que son apparition en l'absence de toute affection organique. L'auteur range ces éclampsies sous l'étiquette d' « *éclampsie de la gestation* ».

Les *primipares* deviennent plus souvent éclamptiques parce que, du fait de la grossesse, elles subissent des irritations tout à

fait nouvelles, les *femmes mal nourries, mal développées* parce que ces irritations physiologiques sont malgré tout disproportionnées à leurs forces, les *femmes atteintes de grossesse gémellaire, d'hydramnios* parce qu'elles subissent des irritations exagérées, et que ces irritations mettent, par voie réflexe, les centres psycho-moteurs dans un état spécial, propre à produire les convulsions. Il se crée une sorte d'opportunité morbide, et cette façon d'interpréter les choses, permet en outre de comprendre comment une excitation même légère peut être la cause occasionnelle des accès les plus violents.

R. L.

VARIÉTÉS

Société obstétricale de France.

COMITÉ D'INITIATIVE. — Composé des professeurs de Clinique d'accouchements des Facultés et des Membres de la Section d'accouchements de l'Académie de médecine.

Présidents d'honneur: BOUCHACOURT, F.-J. HERRGOTT, STOLTZ.

Président : TARNIER.

Membres : BARTHEZ, BUDIN, CHARPENTIER, FOCHIER, GAULARD, GRYNFELTT, GUÉNIOT, A. HERRGOTT, HERVIEUX, MOUSSOUS, PINARD ROUVIER (de Beyrouth), DE VILLIERS.

CROUZAT (de Toulouse), *Secrétaire.*

ARTICLE PREMIER. — La Société obstétricale de France a pour but de grouper les accoucheurs désireux de mettre en commun les résultats de leurs recherches personnelles et de leur expérience professionnelle.

ART. 2. — Les Membres de la Société se réuniront en session, une fois par an, à Paris, pendant la semaine de Pâques ; chaque session comprendra un nombre de séances fixé d'avance.

ART. 3. — Seront de droit *Membres fondateurs :* les Professeurs honoraires et titulaires d'accouchements, les Membres de la Section d'accouchements de l'Académie de médecine, les Agrégés en accouchements, les Chefs de services d'accouchements, les Médecins et les Chirurgiens dirigeant ou ayant dirigé une Maternité ou un Service d'accouchements, les Accoucheurs du Bureau central,

les Chefs et anciens Chefs de clinique d'accouchements, qui auront adhéré à la fondation de la Société avant la première session (1892).

ART. 4. — Seront *Membres titulaires* les docteurs en médecine qui en auront fait la demande ; celle-ci devra seulement être agréée par la majorité des Membres fondateurs, lors de la première séance. Ils ne seront pas tenus de présenter un travail à l'appui de leur candidature, condition qui deviendra obligatoire après la première session.

ART. 5. — La cotisation annuelle sera de 20 francs.

. . . . . .

Avant la première session, les Membres fondateurs et titulaires recevront un PROJET DE STATUTS ET DE RÈGLEMENT.

Au commencement de la première session, la SOCIÉTÉ ÉLIRA SON BUREAU.

Cette première session aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris (salle Laënnec) les 21, 22 et 23 avril 1892. — La première séance sera ouverte le jeudi 21 avril à 2 heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Allaben. Hydatid tumors. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1891, III, 612. — **Bandisch**. 80 *Fälle v. Ovariotomie aus d. gynæk. Klinik z. Königsberg* (mai 1889, fév. 1892), Königsberg, 1892. — **Cioja**. *Fisologia ed igiene della menstruazione*, Milano, 1891. — **Giglio**. Il bacillo dell' edema maligno negli accessi della pelvi. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1891, p. 240. — **Kleinwachter**. Das Verhalten der genitalien bei Morbus Basedowii. *Cent. f. gyn.*, 1892, n° 10, p. 181. — **Lambotte**. Hystérie convulsive depuis vingt ans; salpingectomie, guérison. *Clinique*, Brux., 1891, V, 710. — **Marcus** (**Jule-E**.). Mammary abcess in the virgin. *The Cincinnatti Lancet*, 17 janv. 1891, p. 71. — **Marcy**. Femoral hernia in women. *Medical Standard*, Chicago, novembre 1891, X, p. 128. — **Paton**. Some points in the anatomy and physiology of the uterus with special reference to the adenoïd character of the endomentrium. *Méd. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 760. — **Ross**. Gynecological cases at the St-Elisabeth's Hospital, *Boston Med. and Surg. Journal*, 8 oct. 1891, CXXV, p. 370. — **Schantes**. *Vier Fälle von accessorischen Ovarien*. Kiel, 1891. — **Schopf**. Uebertragung von Carcinom auf frisch Wunden

in einem Falle von vaginaler Totalextirpation des Uterus. *Wien. klin. Whcnsch.*, 1891, IV, p. 840. — **Symington**. Notes on the Effects of Tight Lacing upon the Position Abdominal viscera. *Edinb. m. Journ.*, janvier 1892, p. 616.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Brandt**. Treatment of the diseases of women. *Wood's M. and S. Monog.*, N.-Y., 1891, XII, 3. — **Bröse**. Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 270. — **Cushing**. Schall we use the uterine sound to correct backward displacements of the uterus. *Buffalo M. and S. J.*, 1891-2, XXXI, 201. — **Decoud**. Tratamiento de las metritis. *An. d. Circ. med. argent.*, Buenos-Aires, 1891, XIV, 470. — **A. Dührssen**. Ueber den Werth der gynäkologischen Massage nach Thure-Brandt. *Berliner klin. Wochens.*, n° 44, 26 oct. 1891, p. 1065. — **Fry**. The treatment of cancer of the uterus by means of galvano-cautery. *Med. Progress*, Louisville, 1891, VI, 479. — **William Goodell**. The radical treatment of uterine cancer. In *Medical News*, Philadelphia, 5 décembre 1891, LIX, p. 641. — **Hayd**. Two cases of fibroïd in which electricity ceased to be of service, and, in fact, was positively injurious. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1891, XXIII, 377. — **Inverardi**. Dodici casi di ovaro-salpingectomia. *Annali di ost. et ginec.*, Milano, 1892, p. 232. — **Kellogg**. Summary of my personal, experience with electrolysis in the treatment of fibroïd tumours. *Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1891, XXIII, 432. — **Lembcke**. *Beitrag zur Therapie der Endometritis chronica*, Berl., 1891. — **Lorenz**. Drei Falle von Cocainintoxikation. *Cent. f. gyn.*, 1891. — **Mackenrodt**. Zur Elektrotherapie der Myome. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 288. — **A. Martin**. Ueber die Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken. *Berliner Klin. Wochens.*, n° 45, 2 nov. 1891, p. 1085. — **Milton**. On the treatment of inflammation of the endometrium by intubation, especially in the puerperal and other septic forms. *Lancet*, Lond., 1891, II, 871. — **Montgomery**. Abdominal section with its details. *Medical Age*, Détroit Michigan, 10 nov. 1891, IX, p. 646. — **Nagel**. Ueber die elektrische Behandlung der Frauenkrankheiten. *Zeitsch. f. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 280. — **Ott**. Instrument zur Fixation des Gummischlauches. *Cent. f. gyn.*, 1892, n° 10, p. 177. — **Palmer**. The gynecological uses of certain medicinal remedies, mostly new. *The Cincinnati Lancet*, octob. 3, 1891, p. 427. — **Pée**. Ueber Ichthyol und Lysol in der Gynækologie und Geburshülfe. *Dentsch. med. Wochnschr.* Leipz., 1891, XVII, 1219. — **Poole**. Some suggestions as to the mode of action of the galvanic current in gynecological practice. *Arch. Gynæc., obst. & Pæd.*, N.-Y., 1891, VI, 687. — **Schaeffer**. Die elecktrische Behandlung der Uterusmyome. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 229. — **Ter-Grigoriantz**. Ueber die Anwendung des Iodoformtannins bei flüssigen Exsudation und Bortannins bei Blutungen. *Cent. f. gyn.*, 1891, n° 46, p. 921. — **Weiss**. Curettement b. Endometritis puerperalis, Wien, 1892. — **Wensel**. Boric acid in non-surgical diseases of women. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1891-2, XVIII, 645.

VULVE, VAGIN. — **Aubert**. Végétations du vagin et du col utérin. *Lyon médic.*, 1892, p. 404. — **Baldy**. A case of hypertrophy of skin of vulva and neighboring parts. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Phila., 1891, I,

1891-2, V, 132. — **Blumcke**. *Ueber maligne Tumoren der Vulva,* Halle 1891. — **Chaumien**. Quelques mots sur la vulvo-vaginite purulente. *Poitou méd.*, Poitiers, 1891, p. 217. — **Crosti**. Sul processo di cornificazione della vagina nei prolassi. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 234. — **Dieckerhoff**. Ansteckende bösartige Scheidenentzundung bei Rindern und Pferden. *Berl. thiärztl. Wchnschr.* — **Ferrari**. *Ueber Entwickelung der weiblichen Genitalien*, Marburg, 1891. — **Giulini**. Soor der Vulva. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 52. p. 1049. — **Hallowell**. Kraurosis vulvœ. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 661. — **Hasenbalg**. Zwei seltene Tumoren der weiblichen geschlechtorgane. *Zeitsch. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. I, p. 52. — **Kretz**. Ueber einen Fall von Tuberculose des Weiblichen genitalcanales combinirt mit Atresie der Vagina. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 758. — **Mangiagalli**. Un caso di rottura del fornice vaginale posteriore con grave emorragia causata dal coito. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 752. — **Mosella**. Contributo allo studio del trombo della vulva. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 583. — **Nieberding**. Ueber eine seltene Anomalie der Vagina. *Sitzungsb. d. phys. med. Gesellsch. zu Wurzb.*, 1891, p. 73. — **Polaillon**. Enorme fibro-myôme de la grande lèvre ; opération ; guérison. *Union méd.*, Paris, 1891, LII, 556. — **Strassmann**. Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 41 p. 825. — **Webster**. The nerve endings in the labia minora and clitoris with special reference to the pathology of pruritus vulvœ. *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys.*, Edinb., 1891, III, 250.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Fauquez**. Du traitement des déviations utérines ; antéfléxions et rétroflexions par le massage associé à l'application de l'électricité. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, Par., 1891, XVIII, 641. — **Grandin**. The treatment of displacements and of flexions of the uterus. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, II, 192. — **Hawkins**. Retroversion with fixation, and remarks on the etiology, prevention and treatment. *Denner M. Times*, 1891-2, XI, 239. — **Hirst**. Vaginal fixation for total prolapse of the uterus. *Ann. Gynæc. and Pæd.*, Phila., 1891-2, V, 164. — **Landfried**. *Ueber operative Behandlung des Prolapsus uteri u. vaginæ*. Heidelberg, 1891. — **Klotz**. Zur operativen Behandlung der retroflexio uteri. *Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk. in Dresd.*, 1890-1, 83. — **Richelot**. Le prolapsus utérin. *Union méd.*, Par,, 1891, LII, 481. — **Sänger**. Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur. *Cent. f. Gyn.*, janv. 1892, n° 1, p. 1.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ashby**. Metrorrhagia and menorrhagia of tutal origin ; laparatomy, cure. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, III, 234. — **Bakowsky**. Larges abcès de l'utérus ouverts dans la cavité utérine. *Przegl. lek.*, Krahow, 1891, XXX, 533. — **Baldy**. Cervical cancer in a negress, 28 years old, presumably a virgin. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891-2, V, 114. — **Broome**. Cancer of the uterus and its rational treatment. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIV, 361. — **Cory**. Endometritis. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1036. — **Crowell**. Amputation versus trachellorrhaphy, *Kansas City M. Rec.*, 1891, VIII, 357. — **Giglio**. Tre casi speciali di endometrite del collo (tuberculosi primitiva ?) *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 107. — **Godson**. Does cervical laceration predispose to cancer of the cervix

uteri ? *Med. Press and Circ.* Lond., 1891, III, 543. — **Guastavino**. Dei neoplasmi del segmento inferiore e collo dell' utero in rapporto alle funzioni generative. *Gaz. med. lomb.*, Milano, 1891, 1215 ; 226 ; 239 ; 246 ; 255 ; 223 ; 275 ; 288 ; 297 ; 309 ; 316 ; 327. — **Garrigues**. The immediate closure of laceration of the cervix. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1891, XXIV, 329. — **Hewitt**. Clinical remarks on laceration of the cerxix uteri ; and its effects. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1891, LII, 545. — **Ludlam**. Hypertrophy with stellate laceration of the uterine cervix ; *Martin's operation Clinique*, Chicago, 1891, XII. 470. — **Novitski**. Ulcus rodens portionis vaginalis uteri. *Protok. Zasaid. Obsh. russk. Vrach. v. St-Péterb.*, 1891, avril-mai, 30. — **Roby**. Enormous hypertrophic cervix. *Clin. Reporter*, St-Louis, 1891, IV, 302. — **Rosinski**. Bacillenbefund bei Cervicalkatarrh. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 4, p. 65. — **Schwarz**. Uterusrupturen hergoverufen durch aussere Gewaltanwendung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 25. — **Scott**. Some functional uterine troubles. *American Lancet* Detroit Michigan, sept. 1891, XV, p. 321. — **Selmair**. *Ueber primäre, isolirte Hypertrophie des supravaginalen Theiles der Cervix*, Berl., 1891. — **Sexton**. Some thoughts upon Emmet's operation. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1891. I, 451. — **Spalding**. Dysmenorrhæa and its treatment. *American Lancet*, Detroit Michigan, sept. 1891, XV, p. 324. — **Wylie**. Etiology and treatment of endometritis. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, II, 167.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Adams (D.)**. Contribucion al estudio de los fibromiomas uterinos. *Rev. med. de Sevilla*. 1891, XVI, 193 ; 225 ; 257 ; 289 ; 321 ; 353. — **Albert**. Weitere Laparotomien wegen Uterus myomen nebst einer neuem Methode der Stumpf versorgung. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 1533. — **Allen**. Fibroïds of the uterus. *Cleveland M. Gaz.*, 1891-2, VII, 1. — **Arrou**. Diagnostic et traitement des corps fibreux accompagnés d'inversion utérine. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1891, LXIV, 1145. — **Baer**. A case of fibrosarcoma of the uterus, complicated with pregnancy, treated by hysterectomy with remarks on the management of the pedicle. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891, 102. — **Batuaud**. Pathogénie des hémorrhagies en rapport avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. *Rev. méd.-chir. d. mal. d. femmes*, Par., 1891, XIII, 577. — **Bewill**. Is extirpatio of the uterus for cancer justifiable. *St-Louis M. and S. J.*, 1891, LXI, 343. — **Bossi**. Una laparoisterectomia totale per fibromioma con modificazione al metodo Martin. *Gaz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 551 — **Brodtmaun**. *Ueber die Auwendung blutstillender Zangen bei der vaginalen totalexstirpation des Uterus.*, Berl., 1891. — **Burrage**. The Apostoli method of treatment. its technique. *Boston med. and Surg. Journal*, 26 nov. 1891, CXXV, p. 565. — **Catterina**. Die subperitoneale Stielbehandlung nach supravaginales Uterus amputation. *Wien. med. Wochschr.*, 1891, XII, 1889-91. — **Dorsett**. A case laparo-hysterectomy for a large intramural fibro-myoma. *Weekly M. Rev.* St-Louis, 1891, XXIV, 405. — **Dührssen**. Bemerkungen zur Technik der vaginalen Totalexstirpation des Uterus. *Charité ann.*, Berl., 1891, XVI, 513. — **Fischel**. Drei Falle von Uterus myom ; verschiedenes operatives Verfahren ; Heilung. *Wien. med. Wchschr.*, 1891, XLI, 1641. — **Franchomme**. Fibrome utérin volumineux, hystérectomie abdominale avec pédicule extrapéritonéal. Mort le 13e jour à la suite d'obstruction intestinale. In *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1892, p. 39. — **Grynfeltt**. Sur un polype fibreux de l'utérus. *Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Montpel.*, 1891, XIII, 553. —

Gusserow. Erfahrungen ueber die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben. *Berl. klin. Wochnsch.*, 1891, XXVIII. — **Johnson.** Two cases of carcinoma uteri. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 433.—**Karutz.** *Zur Kazuistik der Myomotomie*, Kiel, 1891. — **Krukenberg.** Die Resultate der operativen Behandlung des Carcinoms und Sarkoms der Gebarmutter speciell durch die vaginale Totalexstirpation des Uterus. *Zeitsch. f. geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft. 1, p. 94. — **Linsley.** Primary cancer of the uterus. *Proc. N.-York. Path. Soc.*, 1891, 62. — **Mc Intyre.** Hyterectomy for cancer. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1891, X, p. 73. — **Martin.** Ueber die Combination der Extirpatio uteri vaginalis mit plastischen operationen in Becken. *Berl. klin. Wchnschr.*, 1891, XXVIII, 1085. — **Matlakowsky.** Contribution à l'étude des myxo-sarcomes de l'utérus. *Gaz. lek.* Warszawa, 1891, XI, 926. — **Monod.** De la valeur des opérations partielles dans le traitement du cancer du col. *Arch. de toc. et gynec.*, fév. 1892, p. 130. — **Mosely.** Vaginal hysterectomy. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 479-485. — **Ott.** Ecoulement putride provenant de fibroïdes sous-muqueux, comme indication de l'hystérectomie totale. *J. akush. i jensk. boliez.*, St-Petersb., 1891, VII, 532. — **Pestallozza.** Contributo allo studio del sarcomi dell' utero. *Morgagni*, Milano, 1891, XXXIII, 517. — **Reamy.** Cancer of the uterus. *J. Med. Coll. Ohio*, Cincin., 1891, II, 85. — **Reed.** Observations on the surgical treatment of uterine tumours. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1891, I, 678. — **Reenes.** Myomectomy and hysterectomy with intra-peritoneal treatment of the pedicle. *Med. Press. and Circ.*. Lond., 1891, LII. 548; 597. — **Schaller.** *Die Endergebnisse der unter Schröder ausgefuhrten 89 Totalexstirpationen per vaginam wegen Carcinoma uteri.* Berl., 1891. — **Sieberg.** *Beitrag zur Statistik der Cervixmyome*, Marburg, 1891. — **Seeger.** *Ueber Sarkom des uterus*, Berl., 1891. — **Slatemaker.** *Totalexstirpation des Uterus durch Laparotomie*, Arnheim, 1891. — **Werner.** Comparative data in the treatment of uterine tumours *Medical News*, Philadelphia, 22 août 1891, LIX, p. 205. — **Zaramella.** Di un caso di gastro isteropesi per prolasso uterino di terzo grado. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 233.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES; AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Acconci.** Sulla cura della parametrite suppurata. *Annal. di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Baldwin.** A rare case of pelvic dropsy; operation; cure. *Colombus M. J.*, 1891-2, X, 197. — **Bell** (R.). The Pathogenesis and Treatment of oophoritis. *Edinb. M. J.*, février 1892, p. 715. — **Briddon.** The treatment of the graver forms of pelvic suppuration by the intraperitoneal iodoform tampon. *N-Y. M. J.*, 1891, 564. — **Chanutin.** K. vopr. o paravaginitis phlegmonosa dissecans. *Bolnitsch. Gaz. Botkina*, St-Petersb., 1891, II, 809; 837; 856. — **Cheatis.** A case of double pyo-salpinx in a child one year and nine months old. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1098. — **Cuellar.** Du curettage comme méthode de traitement dans les affections péri-utérines. *Rev. med.-chir. d. mal. dez femmes*, Paris, 1891, XIII, 333; 397; 466; 581. — **Cushing.** Pyosalpinx. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, III, 221. — **Davis.** Report of case of hæmorrhagic ovarian disease, with laparotomy for internal hæmorrhage; double ovariotomy; recovery. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 649. — **Dunn.** Suppurating pelvic hæmatocele. *Nortwest. Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 345. — **Fromnel.** Pneumonickokken in Eiter bei Pyosalpinx. *Cent. f. Gyn.*, 1892, II, p. 205. — **Hermanni.**

Hæmatom d. Ligamentum latum. Tübingen, 1892. — **Longyear.** Exanthematic oophoritis and salpingitis. *Harp. Hosp. Bull.*, Detroit, 1891, II, 26. — **Martin.** Suffering from ovarian trouble. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1891, LXV, 692. — **Obalinski.** De l'hématome extra-péritonéal. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1891, 2, S., XI, 769. — **Reclus.** De la pelvipéritonite aiguë et de son traitement. *Cong. franç. de chir. Proc.-verb.*, Paris, 1891, 425. — **Steven.** Case of tuberculosis of the Fallopian tubes complicated with tubercular peritonitis and meningitis, and presinting during life signs regarded as those of post-puerperal mania. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXVI, 382. — **Spinelli.** Contributo allo studio dell'ematocele peri-uterino extra-peritoneale. *Gazett. d. clin.*, Napoli, 1891, XIII, 534. — **Thomas M. Madden.** Oophoritis its causes and treatment. *The Dublin Jour. of Med. Science*, 1891, mars, p. 186. — **Voskrenski.** De la congestion des trompes de Fallope. *J. akush. i Jensk. boliez*, St-Petersb., 1891, VII, 702. — **Waskressensky.** Experimentelle Untersuchungen über die Pyo und Hydro-salpinxbildung bei den Thieren. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 42.

NÉOPLASMES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE — **Bauer.** Ovarian cystoma on left, and degenerated on the right side; ovariotomy, removal of both ovaries and tumor; recovery. *St-Louis M. and S. J.*, 1891, LXI, 272. — **Beale.** Fatal rupture of an ovarian cyst in an infant. *Brit. M. J.*, Lond., 1891, II, 1255. — **Boya.** A case of blighted ovum. *American Lancet Detroit Michigan*, novembre 1891, XV, p. 405. — **Buckmaster.** A case of retroflexion and cystic degeneration of the ovary, treated by hysterorrhaphy unsucessfully and cured by electricity. *Times and Reg.*, N.-Y. et Phila., 1891, XXIII, 526. — **George W. Davis.** Report of a case of hæmorrhagie ovarian disease, with laparatomy for internal hæmorrhage : Double ovariotomy ; recovery. *Boston med. and Surg. Journal*, 17 décembre 1891, CXXV, p. 649. — **Hall.** Suppurating cyst. developped from adherent ovaries after repeated attacks of inflammation : secondary operation for the removal of intra-ligamentous cyts. *Ann. Gynec. J.* Toledo, 1891, I, 471. — **Harrington.** A displaced appendix cæci giving rise to symptoms supposed to be due to an ovarian tumor. *Boston med. and Surg. Journal*, 10 décembre 1891, CXXV, p. 624. — **Mann.** Ovarian tumour; diagnosis and operation, *Intern. clin.* Phila, 1891, LXX, 972. **Michnoff.** Cas de cancer primitif des trompes de Fallope. *Protok zasaid. Obsh. rusk. vrach v. St Petersb.* 1891 (avril-mai), 1. — **Jackson Putnam.** Notes on the experience of physician in Boston as regards the question of oophorectomy for nervous symptoms. *Boston med. and Surg. Journal*, 17 décembre 1891, CXXV, p. 644. — **Rosthorn.** Zur Kenntniss des Endothelioma ovari. *Arch. f. gyn.*, Bd X 41, Hft. 3, p. 328. — **J. Rendu.** Kyste de l'ovaire, de consistance dure, avec des métrorrhagies et anciennement pris pour un fibrome. Opération. Guérison. *Lyon médic.*, 1892, p 396. — **Schneider.** *Zur casuistik der operabelen ovarial-Carcinome.* Marburg, 1861. **Staunn.** Removal of a dermoid cyst. *Cleveland M. gaz.* 1890, I, 551-553. — **Strassmann.** Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigem Inhalt nebst Untersuchungen über Peritonitis pseudomyxomatosa *Zeitsch. f. Geb u. Gyn.*, 1891, XXII, 308. — **Charles Strong.** Laparatomy with removal of cancer of the ovary. *Boston med. and Surg. Journal*, 26 novembre 1891. CXXV, p. 564. — **Sutton.** *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes, including tubal pregnancy.* Lond., 1891.

— **Tedenal**. Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. *Montpellier méd.*, 1892, p. 85. — **Williams**. Contributions to the histogenesis of the cystomata papillary of the ovary. *Bull. Johns. Hopkins Hosp.* Balt., 1891, II, 149.

ORGANES URINAIRES. — **Caddy**. Supra-pubic cystotomy in retention of urine resulting from cancer of the vagina. *Lancet*. London, 1891, II, 1163. — **Roseberry**. Prolapse of the bladder in the infant. *Med. Rec.* N. Y., 1891, XL, 631. — **Tritschler**. *Ueber den Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre im kindlichen Alter*. Tubing., 1891. — **Wolters**. *Ueber Hydrocele feminæ*. Kiel, 1891.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bessellmann**. Beitrag. zur retroperitonealen Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 47, p. 937. — **Blake**. Alexander's operation. *Boston, M. and S. J.*, 1891, CXXV, 622. — **Fenger**. Ovariotomy during pregnancy. *Atlanta M. and S. J.*, VIII. 458. — **Frascani**. L'inversione del moneone dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica e dopo l'isterectomia sopravaginale. *Riforma med.* Napoli, 1891, VII, pt. 3, 697. — **Goodel**. Trendelenberg's position and the use of catgut in hysterectomy. *Ann. Gynæc. and Pædiat.* Phila., 1891-92, V, 109. — **Graham**. Twisting of the pedicle in ovarian tumours. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1891-92, XI, 4. — **Hintze**. *Vier Falle von ovariotomie in der Graviditat.* Marburg., 1891. — **Hughes**. Three cases of hysteropexie cured by the removal of the appendages. *Med. Progress.* Louisville, 1891, V, 172. — **Jay**. Abdominal hysterectomy. *Eclec. M. J.* Cincin., 1891, LI, 512 — **Kikkert**. *De stompbehandling bij hijsteromyomectomie.* Leiden, 1891. — **Lee**. The ultimate results of removal of the uterine appendages. *Univ. M. Mag.* Phila., 1891, IV, 187. — **Lusk**. The remate results of the removal of the ovaries and tubies. *Tr. Ass. Am. Physicians.* Phila., 1891, VI, 75. — **Morro**. *Die Indicationen der ventralen Methode der Total extirpation des Uterus.* Halle, 1891. — **Picqué**. Des indications de la laparotomie subpéritonéale dans le traitement des collections liquides de la trompe. *Rev. de cliniq. et de thérap.* Par., 1891, 701. — **Pozzi**. Résection partielle de l'ovaire et salpingorrhaphie. *Méd. mod.* Par., 1891, II, 735. — **Price**. Complications in pelvic and abdominal surgery, and how to deal with them. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 1409. — **Price**. Interesting cases of abdominal tumors. *Med. and Surg. Reporter.* Phila., 1891, LXV, 930. — **Sinkler**. The remote results of removal of the tube and ovaries. *Univ. M. Mag.* Phila., 1891, IV, 173. — **Skene**. Ventralfixation of the uterus. *Internat. Clin.* Phila., 1891, II, 212. — **Stamm**. — On the value of draining the pelvis with large tubes and iodoform ganze strips in cases of bleeding after laparotomy. *Columbus M. J.*, 1891, X, 241. — **Storer**. Case of double ovariotomy. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 699. — **Sutton**. Effects of double ovariotomy and oophorectomy on the secondary sexual characters of women. *Intern. Clin.* Phila., 1891, II, 216. — **Thomas**. Conservative Surgery applied to the ovary. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XL, 729. — **Van de Warker**. Temporary compression of the stump in laparo-hysterectomy; a new method. *Ann. Gynec. J.*, Toledo, 1891, I, 662. — **West**. Report of ten cases of laparotomy. *South. M. Rec.*, Atlanta, 1891, XXI, 591.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT.— **Bäcker**. Facteurs passifs du travail. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1891, XXXV, 317, 332 ; 344 ; 371 ; 381 ; 395. — **Day** (J. R.) The supervision of normal parturition. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 485. — **Laskine**. Comment il convient de pratiquer un accouchement simple. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1891, LXIV, 1,041. — **Maydell** (L.). *Zur Frage über die gegenseitige Abhängigkeit der Kopf und Rückendrehung nach vorn im Mechanismus der Schädelgeburten.* Dorpat, 1891. — **Mermann**. Vierter Bericht über 200 geburten ohne innere Desinfektion. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 11, p. 207 — **Raud**. — The perineum, how to preserve it ? *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XI, 677.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Bossi**. Sulla riproduzione della mucosa dell' utero. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891, XII, 783. — **Bonnaire** (E.). Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique. *Gaz. d. hôp.*, Paris, 1891, LXIV, 1197. — **Bowers**. Cystic degeneration of the choriotic villi. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1891, III, 625. — **Bressler**. Report of a case of cystic degeneration of the chorion (hydatiform mole). *Maryland M. J.*, Balt., 1881-92, XXVI, 206. — **Cuno** (**Friedrich**). *Ueber Veränderung von Myomen in der Schwangerschaft.* Würzb., 1891. — **Ferraresi**. Del bacino ampio ; considerazioni anatomische e cliniche. *Riforma Med.*, Napoli, 1891, VII, 37. — **Gartner**. Versuch der praktischen Veraverthung des Nachweisses von Eiterkokken im Schweisse Septischer. *Cent. f. Gyn.*, nov. 1891, n° 40, p. 801. — **Herman**. *First lines of midwifery, a guide to attendance on natural labour for medical students and midwives.* Lond., 1891. — **Kemper**. On thousand cases of labor, and their Lessons. In *Medical News*, Philadelphia, 12 sept. 1891, LIX, p. 285. — **Lauderer**. Ueber Beckenmessung. *Zestsch. f. G. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 159. — **Levi**. Il collo ed il segmento inferiore dell' utero alla fine della gravidanza e durante il parto. *Riv. di Ostet. e Ginecol.*, Torino, 1891, II, 305. — **Merk** (**Attal**). *Die Veränderlichkeit der Beckenmaasse und deren Ursachen.* Würzb., 1891. — **Neustube**. *Study on the liquor amnii.* St Petersb., 1891. — **Ostrogorski**. *Altérations morphologiques du sang sous l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.* St-Petersb., 1891. — **Rrummel** (**Rudolf**). *Ueber Myxoma Chorii.* Halle, 1891. — **Pestalozza**. Studii anatomici e clinici sull' utero in gravidenza e in Travaglie. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 237. — **Scott** (**William**). Anæstheties in normal labor. *The medical age. Détroit Michigan*, 10 déc. 1891, IX, p. 712. — **Raineri**. Sull' evoluzione spontanea di un feto a termine. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 17. — **Wolbach**. *Ueber Placenta accreta.* Tubingen, 1891.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Lockhart**. The obstetric forceps. *Montreal M. J.*, 1891-92, XX, 410. — **Marini**. Altre osservazioni cliniche sull' applicazione del dilatatore Bossi per la provocazione rapida del parto. *Gazz. d. Osp.* Napoli, 1891, XII, 802.

DYSTOCIE. — **Aalasmer**. Een geval van sectio cæsarea, hoofdzakelik ten gevolge van verlenging von den cervise uteri. *Nederl. Tijdschr.*,

v. Verloosk. en Gynæc., Haarlem, 1891, III, 109. — **Bain** (**D. B.**). On a case of complete occlusion of the os uteri. *Lancet*, Lond., 1891. II, 1096. — **Bischoff** (**Ern.**). *Ueber Complication der gravidität mit Ovarialtumoren.* Halle, 1891. — **Bourrus**. *Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide; leur influence sur la grossesse; l'accouchement et la délivrance.* Bordeaux, 1891. — **Fedoroff** (**I. I.**). Case of conservative caesarean section in extreme stricture of pelvis. *J. akush. i jenskboliez.* St-Petersb., 1891, VII, 729. — **Felsenreich**. Zur Interstitialschwangerschaft. *Wien. med. Wchnschr.*, 1891, XLI, 1769. — **Flaischlen**. Myomotomie in der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 10, p. 185. — **Flœk**. *Die Geburten von alten Erstgebarenten.* Marburg, 1891. — **Greene** (**R. W.**). Moderately contracted pelvis. *Med. Communicat. Mass. M. Soc.*, Bost., 1891, XV, 505. — **Graettinger**. The contracted pelvis. *Tr. Wisconsin M. Soc.*, Madison, 1891, XXV, 84. — **Landsberg**. Ueber Dystokien und die Beziehung der Endometritis zu denselben. *Frauenarzt*, Berl., 1891, VI, 448. — **Layton**. Dystocia from bifid uterus. *N. Orl. M. and S. J.*, 1891, XIX, 412. — **Maygrier**. De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. *Semaine médicale*, Paris, 1891, XI, 421. — **Muller**. Beitrag zur Behandlung der Portiocarcinomis am Ende der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 6, p. 97. — **Powers** (**L. M.**). An anomalous uterus, complete inversion of the uterus following expulsion of the child. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles, 1891, VI, 505. — **Reckert**. *Ueber den Einfluss der Castration auf das Wesen des osteomalacie.* Wurzb., 1891. — **Remy**. Enclavement de la tête dans les positions postérieures du sommet et dérapement du forceps. *Arch. de toc.*, fév. 1892, p. 146. — **Sercha** (**M.**). Rupture of uterus during labor caused by hydrocephalus of fœtus. *Przegl. lek.*, Krakovv, 1891, XXX, 529. — **Schwarz**. Placenta prævia in utero bicorn. unicoll. sept. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1891, XXXV, 294. — **Thorn**. Zur Kasuistik der Kastration bei osteomalakie. *Cent. f. Gyn.*, n° 41, p. 828. — **Walker**. A labor case made difficult by the faulty presentation and size of the child. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1891, IV, 293. — **Williams** (**J. W.**). Case of premature labor with occipital hydrencephalocèle. *Med. New.*, Phila., 1891, LIX, 629.

GROSSESSE. — **Alessandrini**. Un caso di mola vesicolare. *Gaz. di osp.*, Napoli, 1891, XII, 832. — **Ballantyne**. Maternal impressions. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1890, I, XVI, 7. — **Cushing**. Pregnancy. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, III, 224. — **Drzewiecki**. Ueber den Einfluss der Eindrucke der Mutter auf den Fœtus oder das sogenannte « Versehen » der Schwangeren. *Wien. med. Wchschr.*, 1891, XII, 1809; 1856. — **Gordon**. Ptyalism of pregnancy. *Brooklyn M. J.*, 1892, VI, 6. — **Hirst**. Ptyalism in five successive pregnancies. *Bost. M. and S. J.*, 1891, CXXV, 395. — **Lahmann**. Ueber den Einfluss der Diätetik in der Schwangerschaft auf die grösse der Frucht. *Int. klin. Rundschau*, Wien, 1891, V, 1759; 1801. — **Mann**. The early diagnosis of pregnancy. *Intern. Clin.*, Phila., 1891, I, 160. — **Mars** (**A.**). Progress of pregnancy with excessive tympanites caused by prolapsus of intestine. *Przegl lek*, Krakow, 1891, XXX, 593. — **Nieden**. Ueber anorme Thranensecretion als Reflexerscheinung von Schwangerschaft. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, Stuttg., 1891, XXIX, 350. — **Palmer**. The nauea and vomiting of pregnancy, with special reference to their management. *Internat. Clin.*, Phila., 1891, III, 216. — **Wolff**. Mutterlicher Einfluss. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 48, p. 964.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Ashton** (**W. G.**). A case of etopic gestation undiagnosed. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phil., 1891, V, 115 **Chiari** (**H.**). — Bemerkungen zu dem aufsatze des Hernu Prof. Schauta zur diagnose der intraligamentären Schwangerschaft. *Prag. med. Wchnschr.*, 1891, XVI, 461. — **Cole** Ectopic gestation. *N.-York, M. J.*, 1891, LIV, 720. — **Croow**. The diagnsis of early extra-uterine gestation, with illustrative cases. *Tr. Edinb. Obst. Soc.*, 1890-1, XVI, 33. — **De Leon** (**M.**). A case of ectopic pregnancy. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1891, n. 5, LII, 462. — **Fullerton** (**Anna M.**). A remarkable case of utero-abdominal pregnancy *Ann. Gynæc. and Saed.*, Phila., 1891, V, 1-5. — **Herzfeld** (**K.-A.**). Ueber einen Fall von ovarialgravidität neben normaler, uteriner Schwangerschaft, Laparotomie. Heilung. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 802. — **Ikeda** (**S.**). A case of extra-uterine pregnancy ; laparatomy ; recovery. *Sei-i Kwai M. J.*, Tokyô, 1891, X, 191. — **Jordan**. Ist es moglich ein mit Ruptur verbundene Graviditas extra-uterina zu localisern ? *Allg. med. Cent. Ztg.* Berl., 1891, LX, 1981. — **Michael**. Report of a case illustrating the diagnosis of late extra-uterine pregnancy and the difficult of producing abortion. *Maryland M. J.*, Balt., 1891-2, XXVI, 111. — **Opie**. Extra-uterine pregnancy in a double uterus ; removal of sac and the remainingovary. *Antlanta M. and S. J.*, 1891-2, VIII, 414. — **Peugniez**. Grossesse tubaire, hématocèle rétro-utérine. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1891, IX, 133. — **Schrenk**. Ein Fall von Graviditas tubaria durch Laparotomie geheilt. *St- Peeersb. med. Wchschr.*, 1891, VIII, 353. — **Stewart** (**J. C.**). Report of a case of extra-uterine pregnancy with rupture of the sac into peritoneal cavity. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 363. — **Tuttle**. Tubal pregnancy. *Internat. Clin.*, Phil. 1891, III, 229. — **Whitcomb**. A rare case of twin intra and extra-uterine pregnancy treated by electricity. *N.-Y. J. Gync. and Obst.*, 1891-2, I, 18.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Drappier**. Grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios. Accouchement à terme. Mort du 1er fœtus. Présentation de l'épaule et naissance par évolution spontanée d'un 2e fœtus vivant. *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1892, p. 129. — **Stadler** (**C.**). Merkwürdige Zwillingsgeburt. *Med. chir. Centralbl.*, Wien, 1891, XXVI, 595. — **Vickery** (**H.-F.**). A case of triplets, Med. Communicat. *Mass. M. Soc. Bost.*, 1891, XV, 453. — **Wessinger**. A peculiar twin pregnancy. *N.-York M. J.*, 1891, LIV, 659.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Caviglia**. A proposito di un nuovo segno per la diagnosi di morte del feto nell' utero. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 240. — **Cioja** (**A.**). Modo raro di lacerazione del funicolo. *Gazz. d. osp. Napoli*, 1891, XII, 622. — **Eross**. Beobachtungen an 1,000 Neugeborenen ueber Nabelkrankheiten und die von ihnenausgehende Infection des Organismus. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XLI, Hft 3, p. 409. — **Kaufmann**. *Untersuch. ueb. die sogenannte fœtale Rachitis*, Berlin, 1892. — **Ortega**. Fœtus gigantesque mort-né, pesant nu 11,300 grammes, long de 70 centimètres, et large d'un acromion à l'autre de 19 centimètres. *N. Arch. d'obst. et de gynéc.*, Paris, 1891, VI, 481. — **Pestalozza**. Contributo allo garfica del movimenti fetali. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1891, VI, 405; 473. — **Wiedeman**. Zwei Falle von spontaner gliedalblasung (Intra-uterine amputation und epitheliale Da-

tylolyse). *Munchen med. Wochschr.*, 1891, XXXVIII, 793. — **Wilson.**, A case of congenital cystic elephantiasis. *Am. J. of obst.*, 1891, XXIV 1172. — **Yagishita (T.).** A case of congenital atresia of the vagina. *Seii-Kwai M. J.*, Tôkyô, 1891, X, 170.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Barsony.** Ueber Kraniotomie. *Arch. f. Gyn.*, Bd 41, Hft 3, p. 337. — **Bertazzoli.** Relazione di tre operazioni Porro. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 1. — **Blume.** Pregnancy vomiting. *Medical Standard*, Chicago, sept. 1891, X. p. 66. — **Brewis.** Note of a case of Porro-cæsarean section. *Tr. Edinb. Obst. Soc.*, 1890-1, XVI, 133. — **Calderini.** Del parto prematuro artificialmente provocato in Italia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p 234. — **Carmichael.** A case of Porro-cœsaream operation; recovery. *Lancet*, London, 1891, II, 985. — **Coles (W.).** The management of shoulder presentations. *Ann. Gynec. J*, Toledo, 1891, I, 563. — **Deutsch.** *Beitrage zur Hofmeierschen Methode der Expression des Kindskopfes bei engenn Becken unter Berücksichtigung des normalen*, Berl., 1891. — **Ferrari.** Due operazione cesaræe. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 232. — **Fiske (W.).** Episiotomy. *Homœop. J. obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 485. — **Gallois (E.).** Leçons sur un cas d'accouchement prématuré provoqué. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1891, XV, 201. — **Herff.** Zur Frage der hohen Collumexcision bei Carcinom und des ferneren Verhaltens des Uterus nach ingetretener Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 50, p. 1,009. — **Gardner (W. S.).** Cephalic version after the beginning of labor. *Maryland M. J.*, Balt., 1891, XXVI, 71. — **Hernandez (E.).** Estudio clinico sobre la aplication de forceps en el estrecho inferior. *Rev. des scien méd.*, Habana, 1891, VI, 233. — **Hessler (W.).** *Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft*, Halle, 1891. — **Hugh M'Coll.** Is craniotomy justifiable upon the living child? *The medical Age*, Detroit Michigan, sept. 1891, IX. p. 523. — **Jastreboff (N. V.).** Conservative cæsarean section. *J. akush i jensk. boliez.*, St-Petersb., 1891, VII, 729.— **McLean.** Some remarks on the misapplication of the obstetric forceps. *N.-York J. gynæc. & obst.*, 1891, I. 1. — **Merveille.** L'embryotomie du fœtus vivant peut-elle se justifier? *Gaz. méd. de Liège*, 1891, IV, 73. — **Pozzoli.** Di un caso operazione cesarea Sænger. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 235. — **Rosenberg (J.).** Repeated cesarean section, with a report of three new cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 1178. — **Rössing.** *Die Resultate von 105 Frühgeburtseinleitungen mit besonderer Beruchsichtigung der dazu gebrauchten methoden*, Marburg, 1891. — **SanGregorio.** Di alcuni casi di vomiti incoercibili in gravidanza. *Giornale internaz, dell Sc. med.*, Napoli, 1891, p. 751.— **Staude.** Einige Bemerkungen zur Technik und Indication des Kaiserschnittes. *Deutsche med. Wchnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1149.— **Schmidt.** *Ueber die Sectis cæstarea bei festen Geschwulsten im Becken*, Marburg., 1891.— **Tull.** A brief clinical report of four cases of induced premature labor. *N.-York J. gynæc. & obst.*, 1891-2, I, 92. — **Varnier.** De l'opération césarienne. *Rev. prat. d'obst. et de pædiat.*, janvier 1892, p. 1. — **Woerz.** Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro mit retroperitoneal Stielversorgung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 5, p. 81.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abbot.** Two cases of post-partum

hæmorrhage with special features. *Boston med. and Surg. Journal*, 10 déc. 1891, t. 623. — **Abelsdorff**. *Beitrag zu den Storungen der Nachgeburt periode*. Berl., 1891. — **Ahlfeld**. Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta prævia. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 12, p. 225. — **Allen** (**A.-G.**). Notes on three cases of placenta prævia. *Montreal M. J.*, 1891, XX, 273. — **Allen** (**W. L.**). The pseudo-scarlatina of puerperium. *Albany M. Ann.*, 1891, XII, 233. — **Amesbury** (**W. R.**). Two cases of pseudo-cyesis. *Hahneman. Month.*, Phil., 1891, XXVI, 1891. — **Anthony** (**F. W.**). A case of pulmonary œdema secundary to nephritis, complicating pregnancy. *Boston M. and S. J.*, 1891, CXXV, 468. — **Blesch** (**A. L.**). Two peculiar cases of labor; immense abdominal distention; ileus paralyticus; death, *Kansas City M. Index*, 1891, XIII, 367. — **Berger** (**Jacob**). *Ueber einen Fall von Hämatometra lateralis bei gleichzeitiger Gravidität*. Würzburg, 1891. — **Blume** (**F.**). Vomiting of pregnancy, its etiology and treatment. *Northwest. M. J.*, Minncap, 1891, XIX, 135. — **Blume**. Vomiting of pregnancy; its œtcology and treatment. *America Lancet* Detroit Michigan, sept. 1891, t. XV, p. 327. — **Boyd**. Typhoïd fever complicating pregnancy. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1891-2, V, 166. — **Brownlee** (**H. F.**). Tetanus following a miscarriage. *N. Eng. M. Month., Danbury, Conn.*, 1891-92, XI, 59. — **Carbonelli**. Di una rara causa di distocia per brevita relativa del cordone ombilicale. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Cameron**. Elevation of temperature during the puerperal period. *Intern. Clin.*, Philad, 1891, I, 164. — **Capoulade** (**J.**). Fièvre puerpérale à forme purulente; parotidite suppurée; mammite double suppurée; phlébite double adhésive. *Gaz. heb. des sciences méd. de Montpellier*. 1891, XIII, 529. — **Charpentier**. Recherches expérimentales sur un cas de néphrite infectieuse puerpérale. *Arch. de tocol.*, fév., 1892, p. 123. — **Cioja**. Contributo allo studie della patogenesi della nefrite gravidica e dell' eclampsia. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, 1892, p. 238. — **Cowles**. A case of uterine abscess resulting from induced abortion. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philadelphie, 1891-92, 133. — **Dowd**. A fleshy mole. *Proc. N.-Y. Path. Soc.*, 1891, 39-41. — **Earle** (**C. W.**). Puerperal eclampsia. *Chicago M. Record*, 1891, II, 195; Discussion, 266. — **Eckerlein**. Ein Kaiserschnitt bei Physometra mit gunstigen Verlauf. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 8, p. 137. — **Friedländer**. *Ub. Phosphorvergiftung bei Hochschwangeren*. Königsberg, 1892. — **Goldberg** Beitrag zur Eclampsie auf grund von 81 Fällen. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd 41, Hft 3, p. 295. — **Goodell**. Retained placenta after miscarriage *Internat. Clin.*, Philad., 1891, II, 190. — **Greif**. *Ueber die Complication der Geburt mit Myom.*, Speyer, 1891. — **Hallyday Croom**. On astmna gravidarum. *Edinb. M. J.*, mars 1892, p. 793. — **Hart** (**D. B.**) The anatomy and mechanism of early abortion *Rep. Lab. Roy. Coll. Phys. Edinb.*, III, 265. — **Hatch**. Rupture of the uterus; recovery without operation. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIV, 502. — **High** (**C. V.**). Five cases of post-partum hæmorrhage. *Physician and Surg.*, Ann. Arbor et Detroit, 1891, XIII, 447. — **Hill**. Four cases of puerperal insanity. *Vis. Med.*, Des Moines, 1891, I, 196. — **Hirigoyen** (**L.**). Erysipèle dans l'état puerpéral. *J. de méd. de Bordeaux*, 1891, XXI, 109. — **Hogdanik**. Ein Kaiserschnitt wegen Carcinom der Portio und vagina. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 6, p. 97. — **Hudson** (**J.**). Hydatiform molar pregnancy. *N. Zealand M. J.*, Dunedin, 1890-1, IV, 355. — **Jones**. Death from pneumothorax following abortion. *Med. News*, Philad., 1891, LIX, 688. — **Keil** (**H.**).

Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Ætiologie der Hyperemisis gravidarum. *München Med. Wchnschr.*, 1891. — **Kield**. Report of a case of puerperal éclampsia. *Canada Lancet*. Toronto, 1891-2, XXIV, 98. — **Levoff** (I. M.). Mola vesiculosa. *J. akush. i jensk. boliez*. St-Petersb., 1891, VII, 601. — **Linzzo**. Intorno a due casi di aderenza totale della placenta all' utero. *Raccoglitore med.*, Forli, 1891, XII, 131. — **Löhlein**. Ueber-subakute Endometritis in der letzten Zeit der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1892, II, p. 201. — **Lvoff**. Etude de l'étiologie et du traitement de la rupture du vagin pendant l'accouchement. *Vrach.*, St.-Petersb., 1891, XII, 959. — **Macready** (J.). Puerperal embolism. *Cincin. M. J.*, 1891, VI, 401. — **Madigan**. Puerperal tetanus. *Medical Standard*, octobre 1891, X, p. 98. — **Maygrier** et **Démelin**. Étude clinique sur l'avortement multiple. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 81. — **Mc William** (J.). Notes of five cases of phlegmasia dolens; with treatment. *Canada Lancet*, Toronto, 1891, XXIV, 65. — **Mijulieff**. Einige beschowingen over albuminuria en nephritis met het intrauterin afsterven der vrucht. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk.-en Gynæc.*, Haarlem, 1891, III, 1; 73. — **Miller**. Abortion with delayed expulsion and Fibroïd degeneration of Placenta. *Edinb. med. Journ.*, janvier 1891, p. 633. — **Miller** (M. B.). A case of puerperal eclampsia. *Med. News*, Philad., 1891, LIX, 540. — **Moran**. Placenta prævia marginalis, complicated with inertia uteri. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1891. XVIII, 767. — **Edward Otis**. Case of severe vomiting of pregnancy. *Boston Med. and Surg. Journal*, 3 décembre 1891, CXXV, p. 594. — **Palmer** (F.-C.). Case of puerperal eclampsie treated with antipyrin. *Lancet* London, 1891, II, 928. — **Piering**. Ein Fall von seltener Geburtsverletzung. *Cent. f. gyn.*, 1891. n° 48, p. 961. — **Porak**. De l'inversion utérine. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 152. — **Puech**. Kyste du vagin compliquant l'accouchement. *Montpellier médical*, 1892, p. 37. — **Puech**. Chorée et grossesse. *Montpellier méd.*, 1892, p. 74. — **Renvers**. A contribution to the study of so-called scarlatina puerperalis. *Wood's M. and S. Monog.*, N.-Y., 1891, XII, 195. — **Ross** (**Alice M.**). Three cases of gonorrhœal septicæmia in puerperal women. *Med. and Surg. Réport.*, Philad., 1891, LXV, 852. — **Rouvier**. Eclampsie post-puerpérale chez une primipare. *Arch. de toc.*, février 1892, p. 143. — **Schlayer**. Ueber die complication der Schwangerschaft, Geburt, und des Wochenbetts mit chronischen Herzklappenfelhern. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* Bd XXIII, Hft 1, p. 59. — **Smith** (J. H.). The relation of the weight of the placenta to the weith of the child. *J. Gynec.*, Toledo, 1891, I, 335, continued in *Am. Gynec. J. Toledo*, 1891, I, 477. — **Schmorl**. Interessante makroskospische und mikroskopische Organbefunde bei 17 Fällen von Eklampsie. *Centrabl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, Iéna, 1891, II, 803 — **Teichelmann**. A case of peritonits following parturition; removal of ruptured pyo-salpinx, recovery. *Lancet*, Lond., 1891, II, 1,276. — **Ter-Grigoriantz**. Ein Fall von Amenorrhöe mit Kopfschwindel be Zuruckbleiben von Eihautheilen. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 46, p. 922. — **Twingley** (W. S.). Albuminaria complicating gestation. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVII, 599. — **Underhill**. Three cases of rupture of the uterus, one of which was successfully treated by laparotomy. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1890-1 XVI, 147. — **Varnier** (H.). Gerçures lymphatiques et a bcès du sein chez les nourrices. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, Paris, 1891, IV, 257. — **Vermeulen**. *Statistiche Untersuchungen zur Morbididat und Mortalitat in Wochenbette*, Kiel, 1891. — **Warner** (H. F.). Retention of the

embryo after its death. *Harper Hosp. Bull.* Detroit, 1891, II, 21. — **Vinay**. Influenza chez les femmes en état de puerpéralité, *Lyon, méd.* 1892, p. 247. — **Withrow**. Rupture of the uterus. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891, XXVII, 725. — **Winter**. Fieber in der Geburt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, Hft 1, p. 172.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Bumm**. Zur Frage der inneren Desinfection Kreissender. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° IX, p. 153.— **Butler** (G R.). Note on anæsthetics and heart disease in labor. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 772. — **Grigoriantz**. Beitrage zur Abort Behandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° XIII, p. 865. — **Hendrixon** (H.). Anesthetics in labor, *Columbus M. J.*, 1891, X, 193. — **Kelly** (J.-K.). The treatment of abortion. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXVI, 321. — **Loviot**. Quelques observations de curettage appliqué à la l'obstétrique. *Arch. de toc. et de gyn.*, fév. 1891, p. 119. — **Pée**. Ueber Ichthyol und Lysolin der Gynækologie und Geburtshufle. *Deutsch. med. Wochnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 1219. — **Pynchon** (E.). The post-partum douche. *Am. Gynec. J.*, Toledo, 1891. — **Poiourovski** (G.). Tamponade of the uterus in post partum hæmorrhage. *J. akush. i jensk, boliez*, St-Petersbourg, 1891, VII, 574. — **Richards** (E. E.). Operative treatment for ruptured perineum. *Med. and Surg. Reporter*. Phil., 1891, LXV, 564. — **Rivière**. Inhalations d'oxygène en obstétrique. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1892, p. 96. — **Rulison** (E. T.). The use of chloroform in labor. *Med. and Surg. Reporter*, Philad.. 1891, LXV, 851. — **Schmid**. Zur intrauterinen Puerperalfieber Behandlung. *Med. Cor.-Bl.* et *Wurtemb. arztl. Ver.*, Stuttg., 1891, LXI, 249 ; 252 ; 259. — **Scott** (W.) Anæsthetics in normal labor. *Cincin. M. J.*, 1891, LIV, 576. — **Spinelli**. Il raschiamento dell' utero e lo zaffo endo uterine nello cura delle endometiti puerperali dosso il parto a termine. *Rev. clin. e terap.*, Napoli, 1891, XIII, 353. — **Stäheli** (V.). Ueber Iodoformaze tamponade bei Blutungen post-partum. *Cor.-Bl. f. schweiz. aerzte*, Basel, 1891, XXI, 660. — **Stuart**. Bismuth subnitrate as a dressing for the umbilical Cord. *Med. News*, Phila. 1891, LIX, 713. — **Wright** (H. J. B.). The treatment of puerperal eclampsia. *Pacific M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 577.

TÉRATOLOGIE ET ANOMALIES CONGÉNITALES. — **Ballantyne**. Studies in Fœtal Pathology and Teratology. *Edinb. M. J.*, mars 1892, p. 812. — **Delassus**. Emotions maternelles et monstruosités fœtales. *J. sc. d. méd.*, Lille, 1892, p. 97. **Léon**. Monstre double parasitaire. *Arch. de toc. et de gyn.*, février 1892, p. 117.

VARIA. — **Breston**. Obstetrical statistics ; a record of 800 cases of midwifery with an analysis and observations. *Austral. M. Gaz.* Sydney, 1890-91, X, 355. — **Budin**. La nouvelle maternité de la Charité et l'enseignement obstétrical. *Bull. méd.*, Par., 1891, V, 995. — **Cook**. Obstetric notes from one hundred and ninety recorded cases in the author's practice. *Am. Pract. and News*. Louiville, 1895, XII, 321. **Duhrssen**. *Geburshulfliches Vademecum fur Studirende und Aerzte.*, Berl. 1891. — **Ferruta**. Descrizione di un bacino trasversalmente ritretto. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, 1892, p. 233. — **Gallia**. Contributo all' etiologia dell' osteomalacia. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1892, p. 239. — **Hart** (**Herman** J.). *Verslag der verloskundige Klinick*

aan de Universitiet van Amsterdam over detjaar 1886. Amsterd. 1891. **Hegar (A)**. Zur geburtshilflichen Statistik in Preussen uud zur Hebammenfrage. *Samml. Klin. Vort. Leipz*, 1891, No 29 (Gynäk.) n° 10, 241. — **Hensoldt**. Aus der geburtshülflichen Klinik unter Leitung des Prof. Dr. Gusserow ; Bericht über das Jahr vom 31 März 1889 bis 31 Mars 1890. *Charité Ann.* Berl., 1891, XVI, 523. — **Longfellow (R. C.)**. Impregnation from Semen deposited on the vulva. *Cincen. Lancet Clinic*, 1891, n. s, XXVII, 633. — **Palmer**. General management of obstetrical cases in the Cincinatti hospital. *Internat. Clin*, Phila., 1891, II, 164. — **Runge**. *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Berl., 1891. — **Sabatier**. Trois bassins à double ankylose sacro-iliaque dont un avec rétrécissement antéro-postréieur *Lyon méd.*, 1892, p. 149. — **Sänger**. Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. *Cent.f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 882. — **Turner**. Report of the Royal Maternity and Simpson Memorial Hospital for the quarter ending 31st July 1890, *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1899-1, XVI, 169.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître. — G. STEINHEIL, éditeur.

Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique ; Délivrance. Utérus bicorne. Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine de deux mois et demi. Présentation du siège, mode des fesses. Brides amniotiques. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Position occipito-sacrée. Engagement au détroit supérieur, par A. PINARD et H. VARNIER. 1 volume in folio raisin de VII-104 pages, avec figures, et 1 atlas contenant 44 planches demi-raisin en chromolithographie, 15 planches en phototypie, et 31 planches explicatives en lithographie. Le volume et l'atlas reliés demi-chagrin, avec coins, tête dorée. — Prix : 300 fr.

De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire. Anatomie pathologique. Aperçu pathogénique et tableau clinique. Traitement, par le Dr J. WILLIAM BINAUD. Prix : 5 fr.

De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Périmétrite. Périsalpingite, par le Dr PAUL CHARRIER. PRIX : 4 fr.

De la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales, par le Dr G. BARBIER. Prix : 2 fr. 50.

Du cancer primitif du corps de l'utérus (diagnostic précoce ; traitement), par A. P. Bisch.

De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire, par W. Binaud.

Cours d'accouchements, par le Dr N. Charles, professeur d'accouchements à Liège, 2e édition. Paris, 1892, 2 vol. avec figures. Prix : 15 fr. J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La gymnastique des demoiselles, par Angerstein et Eckler. J.-B. Baillière, Paris, 1892.

Dans ce livre, les auteurs étudient la gymnastique chez la femme. Ils passent successivement en revue les exercices de la gymnastique de chambre chez les jeunes filles et chez les femmes, en bonne santé ou malades. Ils terminent par l'indication des exercices applicables à des affections ou à des difformités déterminées.

Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes, par G. Norstrom. Babé et Cie, Paris, 1891.

Après avoir insisté sur les difficultés que rencontre actuellement l'adoption du massage en gynécologie, Norström indique son manuel opératoire, puis ses applications dans les paramétrites, les périmétrites, les changements de direction et de situation de l'utérus, les maladies des trompes et des ovaices.

Les vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme, par Ch. Debierre. J.-B. Baillière, Paris, 1892.

L'ouvrage du professeur Debierre comprend trois parties : la première a trait à l'anatomie des organes génitaux de la femme ; la deuxième, à leur développement, c'est seulement alors que l'auteur étudie les vices de conformation, anomalies des ovaires, malformation des trompes, des ligaments ronds, des ligaments larges, de l'utérus, du vagin, de l'hymen. Il termine par la pathogénie de ces malformations qu'il fait suivre d'un exposé des anomalies de la vulve et de celles de la mamelle.

L'estomac et le corset, par CHAPOTOT, J.-B. Baillière, Paris, 1892.

Elève de Bouveret, de Lyon, M. Chapotot expose dans ce mémoire les inconvénients du corset, son influence dans les déviations, les dislocations et les troubles fonctionnels de l'estomac. Il termine par un exposé de la thérapeutique des accidents dyspepsiques de la femme dont bon nombre sont dus au port d'un corset, serré et fabriqué sur une forme différente de la forme naturelle.

Transactions of the american gynecological Society. Philadelphia, 1891.

Le volume de 574 pages, représentant le compte rendu du Congrès de la Société gynécologique américaine, est, comme les autres années, luxueusement édité. On y trouve d'importantes discussions sur les hémorrhagies accidentelles pendant le travail, les tumeurs malignes des ligaments larges, l'opération césarienne, le cancer du col utérin, les suites éloignées de la laparotomie, de l'ablation des annexes utérines, le mécanisme de la rupture du périnée, le diabète de la grossesse, les fibromes utérins, la grossesse extra-utérine, les abcès pelviens ouverts dans le rectum, la laparotomie dans la fièvre puerpérale, les rapports de la salpingite et de la grossesse, la péritonite tuberculeuse, l'étiologie des anteflexions utérines, etc.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1892

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR SECTION MÉDIANE DE L'UTÉRUS DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

Par E. Quénu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin.

En 1890, M. Péan fit connaître à l'Académie de médecine une nouvelle méthode de traitement des phlegmasies péri-utérines. Au lieu de pratiquer l'ablation des annexes malades par laparotomie, M. Péan opérait par le vagin, enlevait l'utérus, puis, suivant les cas, faisait ou non suivre cette castration utérine de l'extirpation des trompes et des ovaires.

L'opération de Péan avait au début fait peu de prosélytes, lorsqu'en février 1891, devant la Société de chirurgie, M. Segond s'en fit le défenseur enthousiaste. Depuis, ce dernier n'a pas cessé de la vulgariser soit dans ses cours, soit dans ses communications.

On peut assurément dire que le manuel opératoire de Péan a été pratiquement appris à tous nos collègues des hôpitaux par M. Segond, à la salle d'opérations de la maison d'accouchement Baudelocque.

C'est par morcellement qu'il agit, en se conformant scrupuleusement aux règles données par le père de la méthode.

Dans celle-ci, après avoir circulairement incisé la muqueuse vaginale comme dans toute hystérectomie, on libère le col aussi haut que possible, puis on saisit dans une pince la portion de ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible. Alors on divise ce dernier en 2 valves qu'on excise successivement. On répète une manœuvre identique sur la portion restante du corps utérin jusqu'à extirpation totale. Tel est en peu de mots le procédé opératoire suivi par Péan et Segond. Le morcellement de l'utérus le caractérise, et ce morcellement s'obtient en incisant progressivement l'utérus sur ses parties latérales, après décollement des faces, et après application préalable de pinces en étages sur les ligaments larges. Le but essentiel de ce morcellement est de rendre mobilisable un utérus qui paraissait immobile et inabordable.

Dans mes premières hystérectomies vaginales pour salpingites, je me conformai religieusement aux recommandations de Péan-Segond, mais je ne tardai pas à remarquer qu'il y avait un moyen beaucoup plus simple de faire descendre l'utérus que le morcellement, c'était d'inciser progressivement l'utérus, sur la ligne médiane. J'en fis la remarque à la séance du 8 juillet 1891 de la Société de chirurgie, à propos d'une présentation de pièces (1).

Au mois de novembre 1891, le traitement des suppurations pelviennes fut remis sur le tapis par Terrillon (2) Au cours d'un travail basé sur 11 observations dans lequel je donnai mon opinion sur les indications de l'opération de Péan, j'indiquai les modifications que j'avais apportées à la technique opératoire. Je conseillai d'inciser le col non pas sur les parties latérales, mais sur la ligne médiane au fur et à mesure de son décollement. Je distinguai alors 2 cas : si, disais-je, l'utérus se laisse tant soit peu descendre, on peut arriver

(1) Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. De la section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement.

(2) *Soc. de chir.*, novembre 1891.

jusqu'au fond sans avoir fait de morcellement ; si l'utérus continue à ne pas descendre, il faut morceller, mais pratiquer ce morcellement sur la ligne médiane, sans se rapprocher des bords de l'utérus.

La communication de M. Routier (1) au Congrès de chirurgie, et une communication orale de M. Schwartz me prouvent que j'ai fait des adeptes et que la section médiane de l'utérus est devenue le procédé de Cochin. J'ai eu peine à entendre que le procédé que j'ai suivi et décrit était qualifié de procédé de Müller.

Müller a, je le reconnais, conçu le premier l'idée de diviser l'utérus en deux ; mais Müller ne s'occupait que d'utérus cancéreux, il ne s'agissait pas alors d'abaisser un utérus fixé et enclavé. Péan n'avait pas découvert son opération ; il en résulte que le but de Müller était tout autre que celui que j'ai poursuivi, et que s'il est vrai que j'utilise comme lui la section médiane, j'exécute cette section médiane dans un autre *dessein*, d'une *façon différente* et à *un autre temps* de l'*opération*. J'espère ainsi démontrer que, dans le traitement des salpingites adhérentes, le procédé Müller ne serait justement pas exécutable.

La préoccupation de Müller qui, je le répète, n'avait en vue que les utérus cancéreux, a été surtout l'hémostase ; ayant remarqué (2) que la ligature du second ligament large est plus facile que celle du premier, il conseilla de diviser l'utérus en deux moitiés, symétriques et verticales ; il ajouta ensuite à cette pratique la compression de l'aorte abdominale depuis le début jusqu'à la fin de l'opération (3). Notre but principal est d'amener à la vulve le fond de l'utérus.

Müller commence par faire descendre l'utérus et même par le renverser à travers l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, puis il l'incise. Nous incisons dès le début et avant

(1) M. Routier eut l'occasion de suivre ce procédé de section médiane dans mon propre service et aidé par mes internes en août et novembre 1891.

(2) Muller. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1882.

(3) Muller. *Wiener med. Woch.*, 1884.

que l'utérus ne soit descendu, puisque c'est justement pour le faire descendre que nous incisons.

Nous partageons du reste l'opinion de Müller au sujet des facilités d'hémostase que donne l'hystérotomie médiane et nous ne comprenons guère les critiques que lui a adressées Zweifel (1). Ce chirurgien prétend que les deux moitiés de l'utérus saignent au point de nécessiter l'application des pinces de Billroth. Nous ne pouvons expliquer cet accident arrivé à Zweifel qu'en supposant ou bien qu'il a eu affaire à une forme très vasculaire de néoplasme utérin, ou bien qu'il n'a pas fait sa section sur la ligne médiane. Cette faute opératoire est en effet facile à commettre, la matrice étant la plupart du temps, non pas médiane, mais inclinée et refoulée latéralement. Il suffit pour l'éviter de s'assurer de la direction de l'organe au moyen d'un hystéromètre. En somme, le manuel opératoire est des plus simples : on débute par l'incision circulaire de la muqueuse vaginale comme dans tout procédé d'hystérectomie. Je conseille de mettre quelques pinces sur la muqueuse qui saigne, puis on dénude une certaine étendue du col en arrière et en avant ; assez souvent il est possible d'atteindre vite le cul-de-sac recto-utérin et de le défoncer. Quoi qu'il en soit de ce dernier point, on place deux pinces à traction sur les côtés du col et on incise verticalement et au milieu la portion du col libérée. Il est capital de ne prendre les ciseaux, que lorsque la dénudation est bien nette. On peut, au fur et à mesure de l'ouverture de la cavité utérine, toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 10e ; on reporte alors ses pinces à traction un peu plus haut, toujours sur les côtés : la section utérine figure ainsi un triangle dont la base s'élargit par l'écartement des deux moitiés du col incisé. L'abaissement d'une nouvelle portion d'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation, suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure ; bientôt le fond de

(1) Zweifel. *Centralb. f. Gynæk.*, 1884.

l'utérus apparaît et semble comme plonger au milieu, on l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. Il faut à ce moment saisir près du fond chaque moitié utérine avec une bonne pince de Richelot et l'attirer au dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion : les deux pinces à traction sont ainsi rejetées sur les côtés et au dehors, tenues par un aide, et le chirurgien n'a plus à s'occuper que du nettoyage de sa cavité péritonéale, de l'ouverture ou de l'ablation des poches, etc. On termine l'opération en assurant l'hémostase définitive soit au moyen de pinces, soit au moyen de ligatures, et on résèque chaque moitié d'utérus. Je crois bon, à l'exemple de Martin, de Berlin, de suturer le péritoine du cul-de-sac postérieur à la muqueuse vaginale. J'ai également dans plusieurs cas, dès le début de l'opération, placé une ligature à l'aide d'une aiguille courbe sur l'étage inférieur des ligaments larges.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Par le Dr **A. Routier**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Si j'aborde de nouveau devant le congrès la question du traitement des suppurations pelviennes chez la femme, c'est qu'il m'a paru que l'accord n'était pas encore fait entre les chirurgiens et qu'il serait cependant bien temps de poser des indications précises.

Quand cette question fut discutée à la Société de chirurgie de Paris, après la communication de notre excellent collègue et ami Segond, on se partagea en deux camps bien tranchés, laparotomistes et hystérectomistes, s'il m'est permis d'employer cet expression, cette dernière catégorie ne comptant guère qu'un seul membre dans la Société.

Il est permis d'en découvrir facilement la cause dans la

communication même de M. Segond qui, malgré tout le talent qu'il sait apporter dans ses discours, n'entraîna pas ce jour-là la conviction parmi nous.

Sa communication avait bien pour titre : De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines, mais comme le lui fit remarquer mon excellent maître M. Terrier, en reprenant une à une ses observations, il y avait seulement, parmi les faits cités dans son travail, quelques cas de vraies suppurations pelviennes, pour lesquels la mortalité n'était pas inférieure à celle que nous ne pouvions éviter en pareil cas par la laparotomie, le progrès ne sautait pas aux yeux.

A ce mode d'action par la voie vaginale, on faisait en outre un grave reproche, c'est que dans les cas douteux, on n'avait plus comme dans la laparotomie un premier temps permettant de compléter un diagnostic incertain sans rien compromettre. En effet, si on voulait suivre les préceptes de de M. Péan, acceptés par M. Segond, dès qu'on avait fait le diagnostic de la bilatéralité des lésions des annexes, il fallait sans hésiter attaquer l'utérus, l'enlever par morcellement suivant la technique de M. Péan, après quoi, on enlevait ou on n'enlevait pas les annexes suivant que celles-ci étaient ou n'étaient pas adhérentes, ce qui, pour les chirurgiens habitués à ce genre de lésions, pouvait se traduire par ceci : les annexes malades étant toujours ou presque toujours adhérentes, par la voie vaginale on enlèvera l'utérus, mais on n'enlèvera jamais ces annexes malades.

Cette réflexion inévitable, choqua forcément tous ceux qui jusque-là avaient pour habitude de faire une opération ayant précisément pour but d'enlever ces annexes malades. Il était bien permis de se demander si l'abandon de ces organes malades dans le bassin ne rendait pas l'opération inutile.

Mais il fallait au moins essayer la méthode, et ne pas en rester à la discussion théorique.

Pour ma part, ayant déjà fait un certain nombre d'hystérectomies vaginales pour cancer, cette opération ne me sur-

nait pas, il s'agissait seulement de modifier la façon de faire pour suivre la technique indiquée du morcellement.

Grâce à l'obligeance de mon ami Segond, je pus assister à plusieurs de ses opérations ; malgré l'habileté qu'il y déploya, je ne fus pas convaincu, le morcellement ne me séduisit pas ; je trouvai cette opération brutale et aveugle ; de plus, cette hystérectomie comme opération préliminaire me paraissait peu satisfaisante.

J'avais déjà à plusienrs reprises ouvert par la voie vaginale des collections pelviennes, sanguines ou purulentes, j'ai rapporté plusieurs de ces observations, soit à la Société de chirurgie, soit dans des publications de la *Semaine médicale;* parmi ces collections, les unes étaient franchement dans le cul-de-sac de Douglas, les autres dans des trompes distendues ou des ovaires abcédés. J'ai fait ces ouvertures tout simplement au bistouri, car j'estime que le trocart qui a fait baptiser ce mode d'intervention, méthode du professeur Laroyenne à Lyon, me paraît au moins inutile.

Au cours de ces interventions, j'ai été frappé précisément de ce que peut fournir le toucher pratiqué à travers la boutonnière vaginale rétro-utérine ; quand on a l'habitude de la chirurgie du petit bassin, quand on a enlevé un certain nombre d'annexes malades, on retrouve relativement assez bien les divers types de lésions avec le doigt ; on peut toujours, dans tous les cas, affirmer l'état sain ou pathologique des annexes, savoir si un seul côté ou si les deux sont atteints, de sorte que sans pouvoir comparer absolument la boutonnière vaginale rétro-utérine à la laparotomie exploratrice, elle fournit cependant un moyen d'exploration qu'il faut savoir utiliser et dans tous les cas ne jamais négliger.

L'hystérectomie par morcellement, a-t-on dit, est difficile ; j'ajoute qu'elle est aveugle et aléatoire : on est à la merci d'une pince et l'accident grave à redouter, l'hémorrhagie survenant, soit par la chute, soit par le déplacement d'un clamp, peut mettre en danger les jours de la patiente, et fait dans tous les cas, passer un mauvais moment au chirurgien.

Je crois qu'on peut éviter tous ces inconvénients en enlevant l'utérus par moitié, après section sur la ligne médiane ; par ce procédé, en outre, on peut dans la très grande majorité des cas enlever les annexes malades sinon en totalité, au moins en grande partie.

Ce procédé, décrit par Muller, dans le but de rendre l'hémostase plus facile, ce qui est en effet réalisé, m'a été montré pendant que je faisais à Cochin le remplacement de M. Quénu; c'est là que je l'ai appris, et depuis je l'emploie de préférence à tout autre.

Avec ces deux modifications, boutonnière vaginale rétro-utérine et hystérectomie par section médiane, j'ai employé plus volontiers l'hystérectomie vaginale dans le traitement non seulement des suppurations pelviennes, mais encore dans le traitement des ovario-salpingites, mais, et c'est le but spécial de ma communication, je voudrais bien affirmer qu'il n'y a pas une méthode unique ; soit qu'il faut savoir suivant les cas :

Se contenter de l'incision vaginale simple ;

Faire l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ;

Soit rester fidèle à la laparotomie. Je ne puis cependant me défendre d'affirmer ici que l'intervention par la voie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs comme on dirait en sciences exactes, m'a toujours paru infiniment moins grave que la laparotomie, et je puis dire sans crainte d'être contredit que mes résultats par la voie abdominale peuvent supporter la comparaison avec les statistiques les meilleures.

L'hémorrhagie, je le répète, est le grand danger de l'opération vaginale, si on l'évite, j'estime qu'on a fait la moitié du chemin vers la guérison.

Le shock est infiniment moindre et, nous le savons depuis longtemps, le péritoine du petit bassin a de ces tolérances inconnues à la grande séreuse.

Cependant il faut l'avouer aussi, les clamps laissés à demeure fatiguent les malades et les font souffrir ; cette particularité était si bien connue des malades dans le service

de Cochin dont j'ai été chargé ces vacances, que toutes les malades auxquelles je conseillais l'opération, me demandaient à être opérées par l'incision abdominale, et je dois dire que j'ai eu beau pour lutter contre ce courant, leur parler de l'absence de cicatrice, de la conservation de la beauté plastique de leur ventre, elles résistaient ; il faut croire que le public féminin auquel je m'adressais était plus sensible à la douleur qu'à la coquetterie. J'ai eu souvent fort à faire pour les convaincre et leur faire accepter l'hystérectomie quand je la croyais préférable à la laparotomie.

J'accepte comme indication à cette hystérectomie vaginale la formule : « quand il est manifestement démontré que la maladie des annexes est bilatérale », faisant bien entendu la réserve sous-entendue que la nécessité d'une intervention est démontrée.

Il y a cependant plusieurs catégories de cas ; passons-les rapidement en revue : Pour les maladies les plus simples, quand on a de petites salpingites, des ovaires scléro-kystiques, j'avoue que je reste laparotomiste ; comme mon maître M. Terrier, je trouve alors cette opération courte et facile, et avec les précautions que nous sommes habitués à prendre, on n'a pas d'accidents, la castration ovarienne dans ce genre de faits n'est pas plus grave qu'une cure radicale de hernie, la mortalité est nulle.

Je sais bien que pour de pareilles lésions l'hystérectomie telle que je la conseille serait aussi très simple et rapidement exécutée, et par conséquent bénigne ; mais la possibilité de l'hémorrhagie par une pince qui lâche, les douleurs que ces pinces causeront à la malade pendant les deux premiers jours me font préférer la laparotomie.

Si nous passons aux salpingites franchement purulentes, ou aux grosses salpingites contenant soit du sang, soit de l'eau, je sais bien que lorsque la collection est franchement enkystée, qu'il y a peu d'adhérences, on en a vite terminé avec la laparotomie, mais ici, il y a une source d'infection toute prête à se répandre, les moignons sont septiques,

bien qu'on les désinfecte avec le thermocautère, on peut avoir des accidents ; je commence à préférer pour ces cas la voie vaginale.

Je la préfère surtout lorsqu'on a affaire à ces petits bassins remplis, où tout paraît adhérent, où il y a non seulement du pus dans les trompes, mais encore des abcès ovariques et péri-ovariques, dans ce qu'on peut vraiment appeler la pelvi-péritonite.

La laparotomie dans ces cas acquiert une forte gravité, les adhérences intestinales viennent souvent augmenter les difficultés et quelquefois compromettre le succès.

Par la voie vaginale, mettons les choses au pire, et supposons qu'au cours de l'opération on produise une perforation intestinale, celle-ci peut parfaitement guérir spontanément, dans la suite, et ne sera certainement pas mortelle.

Si nous passons aux cas où l'abcès pelvien est devenu fistuleux, le choix ne me paraît plus permis, la voie vaginale s'impose ; j'ai eu le plaisir de voir guérir simplement et sans encombre plusieurs cas semblables, dans lesquels je n'aurais entrepris la laparotomie qu'en tremblant.

Il serait trop long de raconter en détail toutes mes observations, mais je ne puis résister au désir d'en citer au moins une :

Il s'agissait d'une jeune femme ayant eu à la suite d'un accouchement fort difficile en septembre 1891 des accidents infectieux qui se traduisirent par un phlegmon du ligament large droit, puis par un autre phlegmon à gauche, celui-ci avait gagné peu à peu et avait dû envahir le psoas, car lorsque je vis la malade cinq mois après le début des accidents, la cuisse était fortement fléchie sur l'abdomen, l'extension impossible et toute tentative pour la produire extrêmement douloureuse. Cette jeune femme était arrivée au dernier degré de maigreur.

L'utérus était immobilisé entre deux grosses masses. la droite fort dure, la gauche fort résistante ; la palpation abdominale permettait de sentir ces indurations, la gauche mon-

tait à quelques travers de doigts de l'ombilic, et on sentait au niveau de l'émergence du psoas, sous l'arcade, un prolongement dur et douloureux. La fièvre était continue avec des exacerbations vespérales.

Une laparotomie eût certainement été désastreuse. Je fis l'hystérectomie : j'enlevai la totalité des annexes droites, rendues méconnaissables par la suppuration ; je ne pus avoir qu'une partie des annexes gauches, mais avec le doigt je pus sentir loin en arrière, dans la région de la symphyse sacro-iliaque gauche, un trou donnant accès dans une cavité, et quand je pressais sur le psoas, ou sur la tuméfaction crurale, il sortait du pus. Je drainai tout cela avec de la gaze iodoformée.

Les suites furent simples : le 6e jour, il y eut une élévation de la température, qui était du jour de l'opération retombée à la normale. Je pratiquai le toucher, et pus conduire une canule dans le trou profondément situé à gauche, faire ressortir du pus, laver, et la guérison survint rapidement.

Vingt jours après, la malade étendait sa cuisse sans douleur, se levait, marchait. Aujourd'hui elle est fraîche et grasse, et a repris la plus belle santé.

Chez une malade qui avait un abcès en communication avec l'intestin, et qui depuis 3 ans avait tous les mois environ des poussées de fièvre et de pelvi-péritonite se terminant par l'issue d'une notable quantité de pus par l'anus, je me mis en devoir d'enlever l'utérus, mais celui-ci était tellement friable et dégénéré que je pus enlever la moitié à peine en hauteur, ce qui me conduisit dans une vaste poche purulente que je bourrai de gaz iodoformée.

Les jours suivants, et 3 semaines durant, il s'écoula des matières fécales par le vagin, mais cette fistule stercorale a guéri sans nouvelle intervention, et la malade a repris ses forces et sa santé, elle a même ses règles tous les mois par son tronçon d'utérus.

Même l'opération incomplète peut comme on le voit donner d'excellents résultats. Qu'aurait donné en pareil cas la laparotomie la mieux conduite ?

N'étant, grâce à notre organisation, chargé que par rares périodes d'un service d'hôpital, ma statistique est très modeste, elle n'en a pas moins de valeur.

J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 16 cas de lésions doubles des annexes se décomposant ainsi :

4 ovario-salpingites interstitielles ou hématiques :

4 *guérisons;*

12 salpingo-ovarites purulentes ou abcès du petit bassin mal localisés :

12 *guérisons.*

Je sais ce que vaut une série, et la possibilité qu'il y a de voir en quelques jours noircir les plus beaux résultats, ceux-ci n'en sont pas moins acquis.

Je termine en vous rapportant un cas d'opération certainement incomplète et qui m'a donné un résultat inespéré.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans perdant du pus par le vagin depuis six mois environ, et arrivée au dernier degré du marasme et de la cachexie.

Quand on examinait le vagin, on voyait en arrière du col utérin un orifice par où s'écoulait en très grande abondance et continuellement du pus infect.

Si on pratiquait le toucher, on était étonné de trouver un utérus à col long et net immobilisé comme dans un bloc de plâtre et repoussé contre le pubis. En arrière, une tumeur dure remplissait le petit bassin, et on retrouvait cette tumeur par la palpation, débordant surtout à gauche, et dépassant l'ombilic.

L'histoire pathologique de cette malade était intéressante, elle montrait une consultation, prise chez le professeur Depaul datée de mai 1870, où il était dit qu'elle avait un abcès rétro-utérin ouvert dans le rectum.

Elle était guérie de cette infirmité en 3 ans, par des soins de propreté.

Puis plus tard, 1888, elle avait été curettée dans le but de guérir des salpingites ; enfin elle se présentait à nous ainsi que je l'ai rapporté.

C'est par une incision rétro-utérine, au niveau de la fistule que je pus extraire plus d'un bassin de matières épithéliales; je ne m'arrêtai qu'au contact des intestins, quand je crus avoir tout enlevé, avec la conviction que j'avais eu affaire à un épithélioma de l'ovaire gauche.

Il y eut consécutivement une fistule stercorale, mais après quelques péripéties, cette fistule s'oblitéra spontanément, la malade reprit des forces et aujourd'hui, 7 mois après, elle va et vient; ayant les apparences d'une bonne santé.

Il est incontestable qu'une intervention par toute autre voie eût été fatalement mortelle.

Je conclus donc en disant qu'il faut en face des lésions des annexes et du petit bassin, savoir varier ses moyens d'attaque, recommandant dans tous les cas de ne jamais faire d'hystérectomie sans avoir au préalable pratiqué l'exploration par la boutonnière rétro-utérine.

UN NOUVEAU STÉRILISATEUR

Par le Dr **Mally**.

L'appareil dont la description va suivre est destiné à réaliser la stérilisation des instruments de chirurgie par voie humide. Ce procédé a pour avantage d'être à la fois plus sûr et plus rapide que ceux en usage jusqu'à présent et qui reposent sur l'emploi de l'air chaud, ou de la vapeur d'eau sous pression.

Le principe de l'appareil repose sur la réalisation d'un bain liquide maintenu à la température constante de 130 degrés centigrades et à l'air libre.

Il n'existe pas de corps bouillant aux environs de 130 degrés que l'on puisse chauffer directement à ébullition dans un vase ouvert, ce qui eût été la façon la plus simple de résoudre le problème; les uns ne sont pas stables, d'autres

émettent des vapeurs dangereuses, d'autres enfin attaqueraient les instruments. Un artifice de laboratoire assez simple et déjà employé par M. Sorel pour chauffer des étuves à air et des autoclaves permet ici de surmonter cette difficulté.

On prend deux liquides, l'un bouillant à 140° le xylène dont on condense les vapeurs dans un réfrigérant et destiné à chauffer un second liquide, la glycérine, dont le point d'ébullition est plus élevé et dans lequel on pourra plonger directement les instruments à stériliser.

L'appareil se compose de deux récipients emboîtés l'un dans l'autre et de forme prismatique. Le premier contient le xylène ; il est représenté ouvert sur le dessin pour montrer la couche de liquide reposant au fond et destinée à être por-

tée à l'ébullition par la rampe à gaz E. Il est fermé de toutes parts et porte un tube à dégagement qui traverse le réfrigérant A et s'ouvre à l'air libre en D. Le réfrigérant est parcouru par un courant d'eau qui entre en B et sort en C.

Le second récipient de même forme que le premier est emboîté dans celui-ci, il contient de la glycérine G et peut-être fermé par le couvercle articulé H.

Ceci posé, le fonctionnement de l'appareil est le suivant. On établit un courant d'eau dans le réfrigérant et on allume la rampe à gaz. Le xylène entre en ébullition, les vapeurs se répandent dans l'espace clos compris entre les deux récipients, échauffent la glycérine qui tend à se mettre en équilibre de température, et vont se condenser dans le réfrigérant. Elles retombent à l'état liquide dans la chaudière, indéfiniment ; desorte qu'il ne s'en échappe aucune partie dans l'atmosphère par le tube D, et que la provision de xylène enfermée dans la chaudière se conserve indéfiniment.

Lorsque l'équilibre de température est obtenu, c'est-à-dire lorsque la glycérine est à 130 degrés, au bout d'une demi-heure environ (on peut s'en assurer à l'aide d'un thermomètre à main T), on soulève le couvercle et on plonge dans le bain l'instrument à stériliser ; au bout de quelques secondes, cet instrument peut être retiré à l'aide d'une pince métallique puis plongé dans une cuvette contenant de l'eau tiède stérilisée par filtration et ébullition et enfin transporté ainsi à la portée du chirurgien.

Cet appareil fonctionne régulièrement tous les jours à l'hôpital Bichat dans le service du Dr Terrier. On le met en marche dès l'arrivée du chirurgien, et à n'importe quel moment de la visite on peut stériliser en 2 ou 3 minutes l'instrumentation complète d'un curettage utérin, d'une cure radicale de hernie, d'une laparotomie avec les fils à suture et les drains de caoutchouc. Le débit de l'eau et celui du gaz étant réglés une fois pour toutes, le fonctionnement devient automatique et ne demande aucune surveillance.

Ce procédé présente donc les avantages suivants :

Le fonctionnement est permanent.

Il permet de stériliser presque instantanément une instrumentation complète, y compris les accessoires en caoutchouc (tubes à drainage, sondes en gomme, etc.).

Enfin, le contact de la glycérine n'altère pas le poli des instruments nickelés comme l'eau, ni la trempe des instruments tranchants comme l'air chaud, ni le caoutchouc élastique et les sondes en gomme.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — LAPAROTOMIE PRATIQUÉE 5 MOIS APRÈS LA MORT DU FŒTUS A TERME. — GUÉRISON.

Par le Dr **Delaissement**.

Le 15 mars 1889, mon confrère, le Dr Cassine, me présente une jeune fille sur laquelle il veut bien me donner les renseignements suivants :

« Mlle L..., 20 ans, modiste, de bonne constitution, de tempérament nerveux, est réglée pour la dernière fois le 25 février 1888 et ne tarde pas à présenter les symptômes d'une grossesse qui paraît évoluer normalement. En mars, vomissements, dyspepsie, gonflement des seins, sécrétion de colostrum. Vers le 10 juillet, L... perçoit les mouvements du fœtus. Le 15 décembre 1888, je suis appelé pour lui donner des soins. Depuis 2 jours, elle ressent les douleurs préparantes de l'accouchement. Le ventre présente des vergetures, les seins sont gorgés de colostrum. Autour des mamelons, tubercules de Montgomery très développés.

La palpation du ventre fait constater des mouvements actifs du fœtus. L'auscultation permet de percevoir les battements du cœur fœtal à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. On entend également le souffle placentaire. Tout jusque-là paraît normal. Le toucher vaginal nous procure une surprise. Le col utérin n'est pas volumineux. Il n'est ni ramolli ni largement entr'ouvert. Il est petit, dur et ressemble absolument au col utérin d'une vierge. L'orifice externe seul est un peu dilaté. Je quitte la malade en me proposant de la revoir le lendemain.

16 décembre. Les douleurs diminuent peu à peu puis cessent complètement.

Le 17. L'orifice externe du col est refermé, absence complète de douleurs.

L..., ne souffrant plus, s'abstient de venir me voir et je la perds de vue jusqu'au 15 mars 1889. Je la vois alors avec le Dr Delaissement. Elle nous dit que la menstruation s'est rétablie, que ses règles sont revenues plus longues et plus abondantes que d'habitude le 25 janvier, le 24 février, le 20 mars et le 12 avril. »

15 mars. Je constate l'existence d'une tumeur volumineuse, immobile, dirigée de droite à gauche et de bas en haut, remplissant tout l'hypochondre gauche. Cette tumeur a la consistance d'un volumineux fibrome. Pas de fluctuation manifeste. Le Dr Cassine et L... affirment que la tumeur a beaucoup diminué de volume. Auscultation négative. Pas de battements de cœur fœtal, plus de souffle utéro-placentaire. Au toucher vaginal, le col utérin présente tous les caractères du col d'un utérus vierge. Il est porté en avant, derrière le pubis. L'utérus n'est pas mobile. Il paraît faire corps avec la tumeur. Celle-ci n'est pas engagée dans le petit bassin. Les seins contiennent encore un peu de liquide laiteux.

L'état général est assez bon. Pouls fréquent, mais pas de fièvre. Douleurs dans l'hypochondre gauche. L... a pâli notablement et un peu maigri. Fonctions digestives bonnes.

Nous posons le diagnostic de grossesse extra-utérine et, en l'absence d'accidents, nous décidons de revoir encore la malade avant d'intervenir.

8 avril. L... va consulter M. le professeur Pinard qui diagnostique une grossesse extra-utérine probable et conseille de pratiquer le cathétérisme utérin pour éclairer le diagnostic.

Le 12. Elle consulte le Dr Dumontpallier qui essaye en vain le cathétérisme, diagnostique une grossesse utérine avec rétention du fœtus, et conseille de faire l'accouchement forcé.

Le 20. Nous essayons de pratiquer le cathétérisme utérin. Impossible d'introduire l'hystéromètre. Une sonde en gomme pénètre à 9 ou 10 centim. environ, et paraît se diriger à gauche. Une sonde métallique introduite dans la vessie, nous indique que cet organe est reporté à droite. Nous maintenons notre diagnostic de grossesse extra-utérine. L... est un peu fatiguée. Elle souffre du ventre de temps en temps. Le pouls est fréquent; l'état général est moins bon. Nous lui proposons de la débarrasser de sa grossesse par la laparotomie. Le 28, j'eus l'occasion de la présenter à M. le professeur Guyon qui voulut bien l'examiner et nous aider de ses conseils. L'hystéromètre ne pénètre pas dans l'utérus. La sonde en

gomme y pénètre, comme nous l'avons dit plus haut. M. Guyon nous fait constater l'existence d'une petite tumeur située à gauche de la ligne médiane, s'élevant à 5 ou 6 centim. au-dessus du pubis et paraissant indépendante du kyste fœtal. Cette tumeur paraît se contracter. Nous pensons que c'est l'utérus dévié à gauche. M. Guyon est d'avis qu'il faut pratiquer la laparotomie. Il n'y avait pas lieu de songer à l'élytrotomie. Nous décidâmes d'ouvrir simplement le kyste fœtal et de le laisser en place. La lecture des intéressantes observations publiées par M. le professeur Pinard dans les *Annales de gynécologie*, l'excellence des résultats obtenus nous engageaient à choisir ce procédé.

Nous pratiquâmes l'opération, le 7 mai, avec le concours des Drs Cassine, Desprez et Billaux. Toutes les précautions furent prises pour faire une opération aussi aseptique que possible. Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane s'étendant de l'ombilic à 0,04 centim. au-dessus du pubis. On tombe sur le kyste fœtal qui n'a contracté aucune adhérence avec la paroi abdominale. Au sommet du kyste, on trouve un point fluctuant. Pas de fluctuation dans le reste de la tumeur. Isolement de la cavité péritonéale par 20 points de suture en commençant par l'angle supérieur. Par les orifices des deux premières sutures, sortie d'un peu de liquide brunâtre. La paroi du kyste est épaisse et très dure, comme fibreuse, d'un blanc grisâtre. L'incision entre les deux rangées de sutures donne issue à un liquide brunâtre, assez épais, peu abondant (un verre environ). Le fœtus, tête à gauche, est dirigé transversalement. Le placenta, très épais, est inséré sur la face antéro-inférieure du kyste. Il est dur comme s'il avait macéré dans l'alcool. Il n'est pas vasculaire. L'extraction du fœtus fut facile. Il fallut seulement agrandir un peu l'incision pour faciliter la sortie de la tête. Fœtus mâle, bien conformé, à terme. Poids : 2,500 grammes.

Le placenta, très épais, est fort adhérent dans toute son étendue. Une hémorrhagie fournie par une petite artère interkysto-placentaire est arrêtée par une ligature. La poche est largement lavée avec de l'eau chloroformée chaude.

Après avoir fermé par trois points de suture la partie supérieure de l'incision, je place un gros drain et le pansement est complété par l'application de gaze phéniquée et d'une épaisse couche d'ouate.

Après l'opération, grog, champagne.

Dans la journée, la malade se plaint d'éprouver des douleurs (battements) qui vont en augmentant jusqu'au lendemain. Dans la nuit du mardi au mercredi, vomissements fréquents de mucosités blanches et tantôt de matières verdâtres. Subdelirium, insomnie. Le mercredi matin, je trouve la malade très abattue. La peau est froide, le pouls un peu lent. Les vomissements persistent, hoquet, angoisse épigastrique. L'opérée demande de l'air, soif vive, ventre sensible, sans ballonnement. Les douleurs changent de caractère. Il semble à la malade que tout va se déchirer. Ces douleurs sont presque continues. Prescription : vin de champagne, glace, potion avec chloroforme et sirop diacode.

Les vomissements persistent pendant toute la nuit du mercredi au jeudi. Le ventre est un peu plus gros, sensible à la pression.

Mercredi soir, pouls plus fréquent, petit, peau plus chaude.

Jeudi matin, fièvre intense. Peu de vomissements, grande anxiété. Le soir, les douleurs sont un peu moins fortes, mais la fièvre est toujours intense. Peau chaude et sèche, soif ardente. La langue est nette et humide.

Application de collodion et de glace sur le ventre.

L'écoulement prend une odeur extrêmement fétide malgré les irrigations faites avec de l'eau chloroformée.

Jeudi soir. Les vomissements ont complétement cessé. La fièvre ne diminue pas. Les douleurs ont disparu. La respiration est plus facile.

Vendredi matin. La nuit a été meilleure. La malade a dormi, elle se trouve assez bien, renvois assez fréquents, mais pas de vomissements.

Le soir, grand accablement. T. 40°. P. 130. Pas de douleurs de ventre. L'écoulement devenant de plus en plus fétide, on fait de fréquentes irrigations avec la solution de naphtol B. Le placenta commence à se détacher samedi matin, nuit assez bonne. P. 110. Quelques renvois. Ventre peu sensible. Le placenta continue à se décoller, j'en enlève chaque jour quelques fragments. A partir de samedi, il ne se présente plus aucun incident notable. La fièvre tombe. L'état général s'améliore. L'appétit revient. La malade reprend des forces. Le 5 juin, il ne reste plus rien du placenta. L'état général est excellent. La malade se lève.

20 juin: Cicatrisation presque complète. Il reste seulement un

peu de suppuration au niveau de trois points de suture. La malade se promène.

Le 1er juillet, la cicatrisation est complète. Dans les derniers jours de juillet les règles reparaissent.

Revient me voir plus d'un an après l'opération. Sa santé est excellente. Elle est parfaitement réglée. Je trouve une légère éventration à gauche et en bas de la cicatrice. Je prescris l'application d'un bandage qui empêche l'éventration de s'étendre.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Ainsi, voilà une grossesse ectopique qui a évolué exactement comme une grossesse utérine normale. Elle montre que le diagnostic, en pareil cas, n'est pas toujours facile. Le Dr Dumontpallier, n'ayant pas pu pénétrer dans l'utérus, conclut à une rétention du fœtus mort dans l'utérus. Le professeur Pinard diagnostique une grossesse extra-utérine probable. Le cathétérisme utérin digital étant impossible ainsi que l'introduction de l'hystéromètre, nous ne pouvions obtenir aucun renseignement de ce mode d'exploration. L'introduction d'une sonde en gomme nous faisait bien penser que la cavité utérine était libre, mais ce n'était pas une certitude. Notre diagnostic était basé surtout sur l'ensemble des phénomènes observés. La déviation de la vessie en arrière et à droite, la présence d'une petite tumeur contractile au-dessus du pubis et un peu à gauche, nous convainquirent que nous avions sous les yeux une grossesse extra-utérine.

La circulation interkysto-placentaire étant interrompue depuis longtemps et la santé général de L... commençant à s'altérer, nous n'hésitâmes pas à proposer l'intervention chirurgicale. Mais quelle devait être cette intervention ? Il ne fallait pas songer à l'élytrotomie. Fallait-il enlever le kyste fœtal en totalité ? Nous avons préféré l'inciser et le laisser en place. Comme le dit fort justement le professeur Pinard : « enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, c'est moins prudent ». Le kyste était si intimement uni à l'utérus qu'il aurait probablement fallu enlever cet organe. L'incision simple était beaucoup moins dangereuse.

Nous avons vu éclater une péritonite qui nous inspira les plus grandes inquiétudes. L'antisepsie avait été aussi parfaite que possible. Quel était donc le point de départ de cette péritonite? A la partie supérieure du kyse fœtal, la paroi très mince fut traversée par l'aiguille dans les deux premiers points de suture. Il s'échappa probablement par le trou de sortie de l'aiguille quelques gouttes de liquide kystique qui tombèrent dans la cavité péritonéale et déterminèrent les accidents observés. De là découle l'indication absolue de faire cheminer l'aiguille dans l'épaisseur de la paroi du kyste sans jamais la traverser.

Il me reste à signaler un petit incident opératoire. L'extraction de la tête du fœtus étant assez difficile, je voulus agrandir l'ouverture en prolongeant l'incision du côté du pubis. Je tombai sur le fond de l'utérus qui faisait corps avec le kyste fœtal. J'hésitai d'autant moins à abaisser l'incision que, d'après la direction de la sonde dans le cathétérisme utérin pratiqué antérieurement je croyais que l'utérus était situé un peu à gauche de la ligne médiane. Quant à la vessie, j'étais certain de ne pas la rencontrer. Du reste, cet incident ne présentait rien de grave. Il n'en est pas moins préférable de ne pas trop descendre l'incision, l'utérus, dans les grossesses extra-utérines, s'élevant le plus souvent au-dessus du pubis.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Session tenue à Paris du 17 *au* 23 *avril* 1892.

Laparotomie pour péritonite aiguë.

M. Jacobs (Bruxelles). — Je fus appelé il y a quelques semaines auprès d'une femme alitée depuis 3 semaines et présentant depuis

quelques jours des symptômes de péritonite aiguë généralisée. Cette femme portait depuis longtemps un fibrome jusqu'alors indolent. Les accidents dataient d'un refroidissement ayant provoqué un arrêt brusque des règles et la péritonite aiguë avait éclaté après une chute. L'état était très grave quand j'arrivai : vomissements continus, pouls à 144, température à 39°,2. La laparotomie fut pratiquée quelques heures plus tard, les anses intestinales furent nettoyées des fausses membranes ; l'épiploon gangrené fut réséqué. Il existait, outre le fibrome utérin, un kyste suppuré du ligament large rompu dans le péritoine. Lavage du péritoine, tamponnement de Mikulicz. L'opération avait duré 2 h. 1/4 et la malade succomba dans la soirée.

M. Pozzi a déjà signalé à la Société de chirurgie un cas de pelvipéritonite aiguë guéri par la laparotomie. Il y a deux mois, en pleine épidémie d'influenza, une femme atteinte de salpingite ancienne fut prise d'influenza accompagnée de phénomènes de péritonite. Après laparotomie, M. Pozzi trouva les anses intestinales agglutinées, les décortiqua et les lava. Cette malade guérit, et sans l'opération il est à peu près certain qu'elle serait morte.

Contribution à l'histoire des fibromyômes du ligament large.

M. Gross (de Nancy). — Les tumeurs solides du ligament large sont des productions infiniment rares et leur mode d'origine est encore imparfaitement connu. Pour ce qui est des fibromyômes, leur point de départ a été pendant longtemps et est souvent encore rapporté à l'utérus. C'est Virchow qui, le premier, a établi que des tumeurs fibreuses pouvaient se développer directement dans le ligament large. Schetelig, Langenbeck, Gayet, Billroth, Schrœder, Tédenat, etc., ont rapporté des observations de fibromyômes *intra-ligamentaires* sans connexion apparente avec l'utérus ; mais pour des tumeurs de ce genre, il sera toujours difficile, sinon impossible, de distinguer si la néoplasie a une origine intra-utérine ou utérine. Les tumeurs *pédiculées* sont infiniment plus démonstratives ; mais elles sont extrêmement rares. On n'en connaît encore que cinq observations dues à Mikulicz, Sænger, Barker, Bilfinger et Doran. M. Gross en rapporte un nouvel exemple. Il eut occasion d'extirper, par la laparotomie, un fibromyôme de 2,500 gr. dont le pédicule était inséré sur le ligament large du côté droit.

Quant au point d'origine de ces tumeurs, M. Gross le place, avec Sænger, dans les éléments musculaires du ligament. Il réfute la théorie de Grohe et Klebs qui ont considéré ces néoplasmes comme étant nés dans l'ovaire ou dans un ovaire accessoire, il n'admet pas davantage l'opinion de Mikulicz, qui, dans son observation, a incriminé le parovaire.

Le diagnostic des tumeurs pédiculées du ligament large est difcile, il n'a été fait que dans un cas par Breisky ; dans les autres observations, on a toujours cru à une tumeur ovarique. L'erreur ne saurait avoir d'importance au point de vue opératoire, ces tumeurs s'enlèvent comme les tumeurs ovariques ; la seule différence provient de la constitution du pédicule qui sera traité comme celui des fibromes utérins sous-péritonéaux.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Routier (de Paris). Voir plus haut page 325 cette communication reproduite in extenso.

De l'épispadias chez la femme.

M. Auffret a vu une jeune fille atteinte d'une incontinence d'urine congénitale. Elle perdait ses urines dans toutes les positions, et surtout dans la position horizontale ; elle en gardait cependant un peu dans la vessie. A l'examen local, on constatait une maltormation évidente. Le méat était transformé en une fente transversale d'un centimètre environ, au-dessus de laquelle il n'y avait pas de clitoris ; l'hymen dilaté laisse, dans la position verticale, l'utérus tomber en prolapsus. De chaque côté les grandes et petites lèvres sont divergentes par en haut. En introduisant le doigt dans la fente qui remplaçait le méat, on entrait directement dans la vessie et on constatait que, les parois inférieure et latérale de l'urèthre existant, la paroi supérieure manquait. Il n'y avait pas de disjonction dans la symphyse. M. Auffret a trouvé un cas semblable dans la thèse de Nunez, inspirée par M. Guyon. Ce cas, d'ailleurs, n'a pas été opéré, tandis que M. Auffret a soumis sa malade à une intervention chirurgicale. Ayant constaté que la fente uréthrale avait une lèvre inférieure, faisant pour ainsi dire la moue, il eut l'idée d'exagérer encore cette disposition de faire, à créer devant l'urine une sorte de digue. Il y parvint en avivant

de chaque côté une surface à peu près elliptique et en suturant d'arrière en avant. Il a obtenu ainsi une amélioration indéniable, mais il reste à compléter le résultat, d'une part pour rétrécir l'urèthre en tentant de refaire une paroi supérieure, et d'autre part, en s'attaquant au prolapsus utérin.

Hernie inguinale de l'utérus malformé. Absence du vagin.

M. Schwartz (Paris) communique une observation fort analogue à celle que M. Roux (Lausanne) a publiée l'an dernier. Il s'agit d'une femme de 25 ans, porteuse de deux hernies inguinales irréductibles, constituées par des masses dures et allongées, en avant desquelles descendent l'intestin et l'épiploon. Le vagin est absent et c'est pour cela que la malade vient consulter ; M. Schwartz jugea qu'il était en effet possible de faire un vagin artificiel. L'opération réussit fort bien et ultérieurement fut pratiquée la cure radicale des hernies, en deux séances ; on y trouva des deux côtés un gros cordon musculaire et érectile ; à droite il y avait en outre la trompe et plus loin l'ovaire, et de l'angle antérieur partait le ligament rond ; c'était donc une corne utérine restée indépendante.

Infection du rein et du bassinet consécutive à la compression de l'uretère par l'utérus gravide.

M. Reblaud (Paris). — On néglige ordinairement l'étude des pyélonéphrites consécutives aux rétentions rénales dues à la compression de l'uretère par l'utérus gravide. Je crois donc devoir relater cinq observations que j'ai recueillies dans le service de M. Guyon. La première est celle d'une femme de 30 ans qui fut prise au 5e mois de sa grossesse d'accidents que l'on attribua à une cystite ; mais un examen circonstancié prouva que la vessie était saine et que le pus venait du rein droit. Ma seconde malade fut prise vers 4 mois 1/2 d'un trouble de l'urine qu'ici encore son médecin attribua à une cystite ; en réalité le rein droit était en cause ; le simple repos amena la cessation des symptômes. Ma troisième malade fut prise, encore vers le 5e mois, d'une pyélonéphrite droite ; aujourd'hui depuis deux mois stationnaire, fort intéressante parce qu'elle a succédé à une attaque fébrile avec troubles digestifs intenses. Enfin mes deux dernières observations sont relatives à des néphrotomies pour pyonéphroses du rein droit, les

accidents ayant eu manifestement leur début pendant les derniers mois de la grossesse. Chez aucune de ces femmes, à une époque quelconque, il n'y a eu de phénomènes de cystite.

Je crois incontestable que dans ces cas l'origine de tout est la rétention rénale bien connue, consécutive à la compression de l'uretère par l'utérus gravide et c'est pour cela, en raison de l'inclinaison à droite de l'utérus gravide, que le siège est exclusivement à droite. Cette hydronéphrose s'infecte presque certainement par voie sanguine, et non par voie ascendante, le rein distendu étant un lieu de moindre résistance. Il est à noter que dans mes 5 cas l'agent microbien causal était le *bacterium coli commune*, et à cet égard l'observation où la maladie a commencé par des troubles intestinaux aigus me paraît spécialement intéressante.

De la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles.

M. P. Michaux (de Paris). — Il y a peu d'infirmités plus pénibles pour les malades que les fistules vésico-vaginales; il en est peu qui nécessitent plus de persévérance, plus d'ingéniosité de la part du chirurgien ; souvent cinq ou six opérations sont nécessaires pour arriver à les fermer.

Ces considérations s'appliquent surtout aux fistules cervicales ou juxtacervicales, environnées de tissus cicatriciels, et difficilement accessibles. Dans ces conditions, l'opération vaginale directe est souvent impossible et il a fallu tourner la difficulté en pratiquant l'occlusion de la vulve et du vagin.

Cette méthode palliative n'est pas sans inconvénients et sans dangers; ce n'est qu'avec la plus grande répugnance, dit Pozzi, que les femmes consentent à se laisser priver de vagin ; il est arrivé fréquemment qu'après y avoir consenti, elles ont demandé à revenir à leur état d'infirmité première.

Nous pouvons, je crois, faire mieux en utilisant la voie ischio-rectale, opération absolument neuve dans son application à la cure des fistules vésico-vaginales. Voici comment j'ai été conduit à recourir à ce procédé. Une femme atteinte de fistule vésico-vaginale juxtacervicale entourée de tissu cicatriciel entre dans le service de mon maître le Dr Labbé à l'hôpital Beaujon. J'essaie de l'opérer par les voies naturelles; après une heure de tentatives

infructueuses, je suis obligé d'y renoncer. En l'explorant avec plus de soin dans le décubitus latéral gauche, je suis frappé de la proximité du doigt vaginal et du doigt déprimant les parties molles ischio-rectales. J'expérimente sur le cadavre, je suis surpris, étonné du jour ainsi obtenu pour éclairer et aborder la fistule.

Je pratique l'opération, je ferme la fistule, mais le résultat n'est pas complet ; je viens de faire une nouvelle opération et j'ai tout lieu de croire que j'aurai un bon résultat.

Voici en quelques lignes les principaux temps de l'opération.

Situation : Femme couchée sur le côté, le tronc et la tête inclinés en avant, la cuisse correspondante plus fléchie que celle du côté opposé.

1er *temps. Incision périnéale.* — Parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de dix centimètres, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant à peu près au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne. Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale, facile à décoller, et vous ne rencontrez aucun organe important, sinon en arrière le nerf hémorrhoïdal et les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs, faciles à respecter. Sur la face inférieure de votre ouverture, vous touchez facilement le doigt introduit dans le vagin, que recouvrent supérieurement les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

Telle est la *voie ischio-rectale,* conseillée autrefois par Hégar pour aller à la recherche des abcès pelviens, et recommandée aussi par Sænger, *périnéotomie verticale de Pozzi.*

Jamais à ma connaissance elle n'a été appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales, peut-être même pourrait-on étendre ses indications

2e *temps. Incision du vagin à sa partie supérieure.* — Dans une étendue de 5 à 6 centimètres, sur le milieu de la face latérale, incisez le vagin que vous indiquent les doigts ou des tampons iodoformés introduits dans sa cavité. Deux pinces à forcipressure saisissent les deux lèvres de la boutonnière et maintiennent la *fenêtre ouverte.*

Vous avez alors sous les yeux, et peu éloignés, le col de l'utérus que vous pouvez attirer à vous, la région juxtacervicale et toute la paroi antérieure du vagin.

Au besoin, si cela était utile, rien ne s'opposerait à ce que l'on fendît d'un coup de ciseaux prolongeant l'incision supérieure toute la grande lèvre correspondante, on aurait alors sous les yeux toute la paroi vésico-vaginale. Cette variante de l'opération mériterait d'être étudiée plus longuement.

La simple boutonnière supérieure, telle que je l'ai pratiquée, donne déjà, je puis le certifier, un jour vraiment surprenant et remarquable.

Ces temps exécutés, on avive et on suture la fistule vésico-vaginale comme dans les procédés classiques; la manœuvre des instruments est facile; puis on ferme par une suture en surjet la boutonnière vaginale, on met dans la fosse ischio-rectale une petite mèche de gaze iodoformée et on suture au crin de Florence ou à la soie la plaie périnéale.

Cette opération offre certainement au chirurgien des moyens de réparation directe qui lui faisaient jusqu'ici défaut et elle restreindra à un minimum insignifiant le nombre des cas justiciables de l'occlusion.

Débridement vulvo-vaginal, comme opération préliminaire.

M. Chaput (de Paris) rapporte d'abord une observation dans laquelle il s'agissait d'une femme atteinte d'un fibrome volumineux remontant à trois travers de doigt du pubis et compliqué d'accidents de compression vésicale, de cystocèle et d'abaissement du col. L'auteur, après avoir essayé en vain l'énucléation de la tumeur, fit l'extirpation totale de l'utérus et du fibrome. L'opération, d'abord très difficile, devint extrêmement simple après qu'on eut fait le débridement vulvo-vaginal.

Sur une ligne dirigée du centre de la vulve à l'ischion, à 5 centim. au-dessous de la vulve, on ponctionne la peau avec un couteau à longue lame; on fait ressortir la pointe dans le vagin à un ou deux centim. du col utérin, et, le tranchant étant tourné en haut, on sectionne rapidement les parties molles de bas en haut.

Les deux lèvres de la plaie sont comprimées par les doigts de l'opérateur et de son aide; on place ensuite une pince sur les quatre angles du losange cruenté, on étale la plaie et on en fait l'hémostase temporaire avec les pinces à forcipressure. On laisse tomber les pinces par leur propre poids, et on place par-dessus un écarteur; on exécute alors dans de bonnes conditions l'opération principale.

Celle-ci finie, on suture le débridement avec l'aiguille d'Emmet. On commence par placer un crin de Florence au niveau des angles latéraux du losange pour servir de repère. On suture ensuite la région vaginale au catgut et la région cutanée au crin de Florence. Comme pansement, il suffit d'insuffler de l'iodoforme sur la plaie cutanée.

Ce qu'il y a de particulier dans cette technique, c'est l'étendue considérable du débridement, la manière de l'exécuter (par transfixion), l'hémostase, et aussi la description méthodique des temps opératoires.

L'auteur a fait le débridement quatorze fois, le plus souvent unilatéral, quelquefois des deux côtés.

Le débridement est indiqué toutes les fois que les opérations sur l'utérus sont difficiles en raison de la disproportion entre le volume de l'organe et le diamètre de la vulve.

Dans les extirpations de l'utérus pour salpingites, cette manœuvre rend facile l'enlèvement secondaire des annexes ; l'auteur l'a encore employée dans les extirpations pour cancer, pour fibrome, pour prolapsus, dans un cas de polype chez une vierge, pour réparer une fistule vésico-vaginale inaccessible. Enfin le débridement présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique qui ont été développées par Dührssen dans un remarquable mémoire.

M. Picqué. — Le débridement est souvent utile pour les fistules vésico-vaginales avec vagin cicatriciel, mais non point pour les opérations pratiquées sur l'utérus. Avec de bons aides et de bons écarteurs, et le morcellement, il n'est pas de ces opérations que l'on ne puisse achever sans recourir au débridement.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

M. Girard (Grenoble). — Les règles que je suis habituellement sont les suivantes :

Je me mets à l'abri de l'hémorrhagie primitive ou secondaire en liant vigoureusement, avec des fils de soie, le pédicule divisé en autant de parties qu'il est nécessaire. Je ne fais pas de ligature provisoire du pédicule et je n'emploie pas habituellement les pinces de Richelot ; je préfère lier de suite entre deux fils ; je gagne du

temps, et le champ opératoire est débarrassé d'une masse de pinces.

J'évite les accidents de septicémie par une désinfection préalable de l'intestin, de la peau et du vagin.

Quant à la désinfection du segment de l'utérus laissé en place, des trompes et des ovaires, je l'obtiens en excisant la muqueuse utérine et en enlevant les trompes et les ovaires, s'ils sont altérés. Quand ces précautions ont été prises, je ne crois pas nécessaire de recouvrir le pédicule d'un capuchon péritonéal. Ce capuchon est inutile si l'asepsie est parfaite, et, dans le cas contraire, il ne peut offrir qu'une barrière incomplète aux microbes, si rapprochées que soient les ligatures.

Je ne cautérise pas le pédicule quand la cavité utérine a été ouverte, parce que je crains de couper les fils de soie avec le thermocautère. Si cette cavité n'a pas été ouverte, je considère cette cautérisation comme inutile et même fâcheuse, car elle gêne l'établissement rapide d'adhérences de voisinage, qui assureront la nutrition de la partie du pédicule située au-dessus de la ligature, dont il faut éviter la nécrobiose trop rapide.

Je laisse les ovaires en place quand ils sont sains, car il me semble nécessaire de limiter la mutilation de la femme au strict indispensable, et de diminuer le traumatisme dans la mesure du possible ; les suites opératoires ne peuvent en être que meilleures.

Par toutes ces simplifications opératoires qui ne paraissent pas nuire à l'hémostase et à l'antisepsie, on diminue singulièrement la durée de l'opération et partant le shock, la troisième cause principale de mort après l'hystérectomie.

Pyo-salpinx double ; laparotomie ; guérison ; occlusion intestinale consécutive ; laparotomie ; guérison.

M. Potherat (Paris). — Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée dans le service de M. Bouilly pour un pyo-salpinx double, consécutif à une métrite ancienne d'origine puerpérale. Je fis la laparotomie et enlevai deux tumeurs de pyo-salpingite ; les tumeurs se rompirent et versèrent dans le ventre un pus jaunâtre, un pus grumeleux, sans odeur. Lavage abondant avec une solution de sublimé à 1/1000, étendue d'eau bouillie ; drainage de Mickulicz et fermeture de l'abdomen. Suites simples ; suppression du

drainage au bout de quarante-huit heures, des fils au bout de huit jours. La malade était guérie, se levait, allait sortir, quand éclatèrent des accidents d'occlusion intestinale à marche rapide et de la plus extrême gravité.

Je fis *in extremis* une nouvelle laparotomie, trouvai une anse intestinale adhérente à la paroi, la détachai et déroulai l'intestin grêle, que je trouvai tordu sur lui-même; je le détordis et je fermai complètement l'abdomen. Cinq heures plus tard, la malade rendait des garde-robes. Elle se releva peu à peu et finit par guérir. Elle est restée aujourd'hui encore complètement guérie.

Un cas de gynatrésie.

M. Paul Petit (Paris). — Il s'agit d'une femme, mariée à vingt-trois ans et qui accoucha en juin 1878. Le travail ne marchant pas, un médecin fut appelé. Il reconnut l'existence d'un obstacle dans le vagin, le divisa avec le bistouri et termina par une application de forceps.

Quelques mois après, la malade fut examinée par M. P. Petit, et voici ce qu'il put constater par le toucher. Il existait à 6 centimètres de la vulve, un rétrécissement cicatriciel sous forme de cylindre avec un trajet central. Un stylet pénétrait par l'orifice, et au bout de 2 centimètres de parcours, tombait dans une cavité assez spacieuse. La malade avait perdu fort peu au moment de ses règles, et chaque fois elle sentait une pesanteur dans le ventre, une gêne qui devint très forte et pour laquelle M. P. Petit fut consulté. On trouva, outre le rétrécissement du vagin, une tumeur abdominale, volumineuse, fixe, mate. On pensa à un hématomètre et l'on fit la dilatation du trajet vaginal, pour permettre l'écoulement du liquide et le nettoyage de la cavité postérieure. Il se développa rapidement des accidents de péritonite et l'on pratiqua la laparotomie. On trouva une poche volumineuse de laquelle on retira un litre de pus. La poche fut réséquée le plus possible et marsupialisée. La malade guérit. Plus tard, on fit l'incision du rétrécissement et la dilatation avec des bougies. La malade est actuellement en bon état.

De la cocaïne dans les injections utérines.

M. Lediberder (de Lorient) emploie souvent les injections intra-utérines de teinture d'iode, et pour éviter la douleur pro-

duite par ces injections, il fait usage de la cocaïne, non pas en injections interstitielles, mais de la façon suivante.

La canule de la seringue de Braun est introduite jusqu'au fond de l'utérus ; on la retire lentement en poussant la solution de cocaïne à 1, 2 ou 3 0/0, de manière à remplir la cavité utérine. La canule reste à l'orifice, qu'elle tient bouché pendant deux ou trois minutes ; le contact de la solution de cocaïne avec la muqueuse suffit pour amener l'anesthésie. M. Lediberder cite plusieurs observations dans lesquelles cette injection préalable de cocaïne a rendu complètement indolentes les injections intra-utérines de teinture d'iode.

Quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

M. Boursier (Bordeaux) désire attirer l'attention sur la pathogénie des accidents qui surviennent à la suite de la torsion du pédicule. Tous les auteurs, et surtout M. Terrillon (de Paris), attribuent les symptômes à l'étranglement des vaisseaux qui parcourent le pédicule pour se rendre à la tumeur. Mais M. Boursier n'admet pas l'opinion qui veut que la torsion soit toujours brusque. D'après les faits qu'il a observés, M. Boursier propose de distinguer deux genres de torsions ; les torsions avec ou sans étranglement des vaisseaux.

La première observation est celle d'une femme ayant présenté déjà quatre crises d'accidents au moment où elle fut adressée à M. Boursier, par le médecin qui constata l'existence d'un petit kyste de l'ovaire. L'ovariotomie fut pratiquée le 23 novembre 1891, dans le service de M. le professeur Demons ; le kyste contenait un liquide hémorrhagique et le pédicule était tordu.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont le kyste prit brusquement, mais sans douleur, un volume énorme. On retira par la ponction un liquide hémorrhagique, et l'on trouva, dans la fosse iliaque droite, une masse solide faisant partie de la tumeur. Le lendemain, cette masse s'était rapprochée de l'ombilic ; elle passa ensuite à gauche de la ligne médiane et finalement se plaça dans la fosse iliaque gauche.

L'ovariotomie fut pratiquée le 21 mars 1829. Le pédicule n'avait subi qu'une torsion d'un demi-tour de spire ou plutôt s'était détordu.

M. Boursier dit qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de cas. Dans les premiers, les accidents sont brusques et graves d'emblée ; dans d'autres, il y a des accès successifs, avec aggravation croissante et progressive des symptômes. Généralement, les crises se répètent à intervalles plus ou moins longs; ces récidives se produisent, soit par torsions successives s'ajoutant les unes aux autres, soit par torsion et détorsion alternatives. Ce dernier cas est celui de la jeune fille. Ce qui semble confirmer ce mécanisme, c'est le phénomène constaté, dans les deux cas, de translation d'un kyste de l'ovaire gauche vers le côté droit, d'où crise par torsion, et dans le second cas, le fait du déplacement d'un kyste à pédicule tordu, du côté droit au côté gauche, d'où cessation des phénomènes.

A. Broca.

Une des deux questions proposées à la discussion pour le prochain congrès qui aura lieu en 1893 à Paris pendant la semaine de Pâques, est *Tumeurs fibreuses de l'utérus.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

1re *session tenue à Paris du* 21 *au* 23 *avril.*

Présidence de M. Tarnier.

La 1re séance ouverte le 21 avril à 2 heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté, a été tout entière consacrée à la discussion des statuts, à la nomination de membres titulaires, et à l'élection des deux vice-présidents, MM. Moussous, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux et Guéniot, chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Parmi les membres fondateurs présents nous remarquons : M. Hervieux, les professeurs Fochier, Gaulard, Herrgott, Pinard ; MM. Ribemont-Dessaignes, Maygrier, Champetier de Ribes, Porak, Budin, Charpentier, Doléris, Lefour (de Bordeaux); Guillemet (de Nantes), Salmon (de Chartres), Queirel (de Marseille), Duchamp (de Saint-Etienne), Thierry (de Rouen), etc., etc.

Nous donnons ci-dessous l'analyse détaillée des communications les plus importantes faites au cours des trois séances :

Des accidents syncopaux et de la mort subite pendant les injections intra-utérines post-partum.

M. TARNIER. — J'ai fait conserver, dans mon service, l'usage des injections utérines après la délivrance ; et, sans vouloir discuter l'utilité de cette manière de faire que certains accoucheurs contestent, je dois dire que je suis très heureux de cette pratique, d'après ce que me démontrent les résultats de la clinique et les recherches de laboratoire que j'ai fait entreprendre.

Mais, faisant des injections utérines avec du sublimé, il m'est arrivé deux intoxications, en 1886 et en 1890, qui m'ont décidé définitivement à proscrire l'emploi de cet agent en injections intra-utérines.

Je me suis adressé à d'autres liquides et j'ai eu une fois une mort presque subite quelques heures après une injection intra-utérine de sulfate de cuivre à 5 0/0, due à une syncope dont la cause m'a échappé. J'ai grande crainte que le sulfate de cuivre ne doive être incriminé.

D'autres fois, avec l'eau phéniquée à 2 0/0 des accidents syncopaux se sont manifestés, ayant bien certainement pour cause la pénétration du liquide dans le milieu sanguin.

Je ne doute point que, dans certaines circonstances, le liquide de l'injection ne pénètre immédiatement et en grande abondance par les sinus veineux dans la circulation générale. Les expériences, dont on nous parlait il y a un instant, sont en faveur de cette opinion.

J'ai voulu savoir comment les liquides, en arrivant dans le sang déterminaient ces accidents syncopaux et si tous à titre égal les provoquaient.

J'ai donc, avec mon chef de laboratoire, M. Vignal, institué des expériences qui consistaient en l'injection veineuse des diverses solutions dont nous usions dans le service.

Or, j'ai trouvé et mis en évidence ceci : que *l'acide phénique, le sulfate de cuivre, le biiodure de mercure,* injectés dans la veine de l'oreille du lapin, déterminent par irritation spéciale de l'endocarde ou par coagulation de sang et embolie des accidents immédiats et de la dernière gravité, mortels si la dose est suffisante.

Les simples injections d'air font de même si l'air est poussé en quantité suffisante.

Si l'on se sert de sublimé, on pourra déterminer une intoxication qui portera ses effets sur le rein ou sur l'intestin et pourra tuer l'animal, mais on n'a pas ces accidents soudains obtenus avec l'acide phénique, le sulfate de cuivre ou le biiodure.

Je ne m'en suis pas tenu là, vous le pensez bien. Faisant injecter successivement du permanganate de potasse, de la microcidine, de l'acide salicylique, je n'ai produit aucun accident.

Cela répond absolument à ce qu'on observe en clinique.

Les accidents subits sont communs avec l'eau phéniquée, le sulfate de cuivre, avec le perchlorure de fer également.

Dans la récente thèse de Sylvestre, beaucoup d'observations sont relatées où vous pourrez vérifier ce que je viens de vous dire. Vous trouverez pourtant un exemple d'accident syncopal survenu avec l'acide salicylique, mais il s'agit d'un fait complexe : la femme avait perdu une grande quantité de sang et l'action de l'injection n'est pas certaine.

Quant au mode selon lequel le liquide injecté pénètre dans les veines, j'ai cru remarquer, pour ma part, et je trouve signalé dans la plupart des observations qu'au moment où l'accident apparaît, l'utérus venait de se contracter énergiquement sur la sonde. Je croirais que l'utérus, revenant violemment sur lui-même, chasse le sang, et comme le passage de reflux est étroit, il le chasse en même temps dans sa propre épaisseur, c'est-à-dire que cet utérus s'injecte en quelque sorte lui-même.

M. Budin. — La très importante communication que vient de nous faire M. Tarnier laisse un doute dans mon esprit, en ce qui concerne l'interprétation des accidents. M. Tarnier nous dit : quand l'utérus se contracte énergiquement, il pousse le liquide dans les sinus utérins. Or, cela me paraît en contradiction avec tout ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent. Nous avons tous appris, en effet, que quand l'utérus se contracte les sinus se ferment. Cependant M. Tarnier croit que c'est dans ces conditions que le liquide pénètre ; je ne nie certainement pas l'explication de M. Tarnier, mais je voudrais avoir de nouveaux faits.

Les expériences de M. Tissier, faites sur un utérus flasque, dont les sinus sont certainement béants, ne prouvent pas la pénétration possible dans un utérus qui se contracte.

En résumé, je ne nie pas l'interprétation de M. Tarnier, mais elle ne me satisfait pas complètement.

M. Champetier de Ribes (Paris). — J'ai observé également des cas dans lesquels l'utérus se contracte énergiquement au moment où pénètre l'injection ; or, dans ces circonstances j'ai vu, en général, sortir à ce moment un jet de sang, ce qui tendrait bien à prouver que les vaisseaux sont comprimés et non béants.

Les accidents syncopaux ne sont pas les seuls que l'on observe au moment de la pénétration d'une injection intra-utérine ; j'ai vu des frissons, de la dyspnée, etc. Tout cela prouve que ce n'est pas seulement en pénétrant dans les sinus qu'une injection intra-utérine peut provoquer des accidents.

M. Tarnier. — Je répondrai très brièvement : il est possible que la pénétration du liquide dans les sinus utérins au moment où l'utérus se contracte paraisse en contradiction avec les données admises; cependant, deux arguments, et je laisse de côté les expériences de M. Tissier, me paraissent plaider en faveur de l'interprétation de la pathogénie des accidents syncopaux, telle que je la propose.

Le premier est un argument expérimental : les liquides qui ont produit des accidents syncopaux chez nos malades ont provoqué des syncopes chez les animaux auxquels ont les a injectés dans les veines.

Le second est tiré de l'observation clinique : dans tous les cas où nous avons vu des accidents syncopaux se produire, nous avons observé en même temps une violente contraction de l'utérus sur le liquide retenu dans son intérieur. Or, on peut admettre que quand l'utérus ne se contracte pas à vide, les sinus, au moins quelques-uns d'entre eux, restent béants.

M. Tissier. — Des faits d'intoxication soudaine, grave ou légère, survenus immédiatement après des injections utérines, des recherches cliniques faites en injectant divers liquides dans l'utérus immédiatement après la délivrance — établissent la pénétration des liquides d'injection dans l'organisme.

En multipliant les expériences sur des femmes mortes le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement, j'ai pu me convaincre que sans la moindre pression (de 30 à 40 0/0 cent. d'eau par exemple), les liquides injectés dans l'utérus fusaient aussitôt dans la circulation générale si les voies de retour du liquide étaient fermées. Peut-il en être de même sur le vivant ?

Assurément, si la tension veineuse est diminuée par des hémor-

rhagies, si quelque caillot ou débris vient boucher l'orifice du col, et s'il survient une brusque contraction utérine, grâce à laquelle l'utérus pressé sur le liquide incompressible s'injecte lui-même en quelque sorte.

Aussi faut-il :

a) Avoir soin de ne pas employer comme liquide à injecter un produit très toxique et n'en pas faire passer d'énormes quantités.

b) Ne jamais élever le vase à injection à plus de 30 cent. au-dessus du siège de la malade. Il n'est besoin que de laisser baver le liquide dans l'intérieur de la cavité utérine. Le but de l'injection est de baigner et d'imbiber toute la surface utérine, d'enlever les mucosités sanguinolentes, de faire contracter l'utérus. Mais on ne peut enlever de vive force par la violence du jet les débris qui resteraient adhérents aux parois.

c) Si l'utérus se contracte énergiquement — ce que l'on sent avec la main laissée au-dessus du pubis et ce que l'on voit en constatant l'arrêt de l'écoulement à la vulve — il faut aussitôt faire abaisser le vase à injection jusqu'au niveau du siège.

d) Choisir une sonde qui favorise le reflux du liquide — à double courant ou plate du modèle de M. Tarnier — tout en sachant qu'une sonde quelle qu'elle soit, ne donne à cet égard qu'une incomplète sécuri té

Traitement de l'infection puerpérale par la provocation de phlegmons sous-cutanés.

M. Fochier (Lyon). — Je viens de conseiller et d'indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans l'infection puerpérale où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et où ces suppurations, traitées chirurgicalement, peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux.

Je n'ai nullement la prétention de faire appel aux données de la microbiologie, et, me plaçant exclusivement au point de vue clinique, je dis qu'une infection pyogène généralisée est une maladie où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes ou dans différentes régions du corps; telle est l'infection puerpérale.

La remarque clinique fondamentale qui m'a amené au traite-

ment que je proposé est la suivante : il y a des cas de fièvre puerpérale, qui sont l'exception sans être absolument rares, dans lesquels on voit une infection généralisée sans lésion importante appréciable subir une amélioration soudaine en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée ; par exemple, un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque ou du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien une monoarthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite. L'abcès ou les abcès qui se forment alors méritent le nom que je leur donne depuis douze ans, d'abcès de fixation. Ils sont parfois des abcès critiques au sens ancien du mot, mais ils s'en distinguent le plus souvent et constituent à eux seuls une affection grave, plus immédiatement menaçante parfois que l'infection généralisée. Ils sont cependant le salut d'une façon bien manifeste s'ils sont traités chirurgicalement en cas de marche aiguë, et si on les laisse évoluer en cas de développement chronique ou subaigu.

A côté de ces faits, il en est d'autres où l'on voit non seulement des inflammations viscérales se révéler par des signes indubitables, puis rétrocéder rapidement sans qu'il y ait amélioration de l'état général, mais où l'on voit aussi des phlegmons diffus sous-cutanés affecter la même mobilité sous l'œil et même sous le bistouri de l'observateur. La tendance à la fixation est manifeste et cette fixation avorte plusieurs fois avant d'aboutir, ou plus souvent, dans cette forme, la mort arrive avant la suppuration.

La mort arrive parfois avant toute fluxion locale, mais ce sont là des cas rares se rattachant aux précédents par des transitions insensibles.

C'est en comparant ces deux types : le premier où l'amélioration coïncide avec une localisation suppurée, le second où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fâcheux pronostic, que je suis arrivé à me poser comme indication thérapeutique la nécessité de provoquer des abcès faciles à traiter dans les formes graves d'infection puerpérale.

Ces deux types sont loin cependant de constituer la généralité de ces formes graves. Le plus souvent, on peut saisir et une lésion locale servant de point de départ, et des lésions de continuité et de contiguïté, et enfin des suppurations pour lesquelles il faut admettre la métastase, comme on disait autrefois, le transfert de microbes pyogènes, comme on dit maintenant. Les suppurations, dans

ces cas, mériteraient le nom d'abcès de diffusion par opposition avec les abcès de fixation, mais il faut d'emblée faire remarquer que la distinction est difficile à faire, sur la limite, entre ces deux ordres d'abcès, et qu'à la rigueur on peut traiter de fixations multiples les abcès d'un si fâcheux pronostic alors que les fixations uniques sont d'un si heureux augure.

Je ne m'attarderai pas davantage au développement de cette conception générale des accidents puerpéraux ; il m'entraînerait trop loin. Ce que j'en dis me suffit pour les conclusions que j'ai à en tirer, ou plutôt pour expliquer comment je suis arrivé à appliquer un traitement paradoxal à une infection pyogène.

J'en ai conclu que l'épuration du sang pouvait se faire par le moyen d'une large poche abcédée, et qu'à défaut de cette suppuration salutaire, le sang restait chargé d'humeurs mauvaises, humeurs peccantes pour parler comme autrefois, qui, séjournant dans le torrent circulatoire, continuaient d'empoisonner l'organisme et tuaient la malade.

Pour fixer ces éléments nocifs, je me suis depuis longtemps efforcé de provoquer des abcès périphériques, en injectant au début du sulfate de quinine, plus tard une solution de nitrate d'argent à 1/5, maintenant de l'essence de térébenthine. J'avais même pensé, pour déterminer plus souvent la formation d'abcès, à faire des injections microbiennes atténuées.

Tous les cas d'infection puerpérale ne sont pas, bien entendu, justiciables de cette thérapeutique.

Dans les cas simples où la maladie ne se décèle que par l'hyperthermie, il faut se contenter d'un traitement local, de purgatifs salins, de révulsifs avec alimentation, alcool et sulfate de quinine à dose moyenne.

Dans les cas plus compliqués avec, je suppose, une poussée vers les poumons menaçant d'asphyxier la malade, vous êtes autorisés à recourir aux injections d'essence de térébenthine.

Même dans les cas où vous avez déjà une localisation du mal, localisation spontanée, si l'état général reste mauvais, créez en quelque sorte un nouvel exutoire en provoquant ailleurs un autre abcès.

Actuellement les infections puerpérales ne ressemblent plus guère aux infections de jadis. Grâce au traitement antiseptique génital, rarement la maladie se cantonne dans la zone utérine, elle

ne trouve plus à s'y implanter ou du moins à s'y développer. Mais quand la femme a été envahie par le mal, elle peut n'avoir ni métrite, ni périmétrite, ni lymphangite, ni phlébite ; elle n'en est pas moins infectée. L'infection, chassée des voies génitales, se réfugie hors d'atteinte dans la profondeur, et plus lentement, parfois très tardivement, les malades succombent avec des accidents d'allure inconnue.

De telle sorte qu'on a pu parfois être porté à considérer que des accouchées mourant sans lésions utérines, avec des symptômes anormaux, étaient des femmes victimes des antiseptiques. C'est, qu'en effet, cette marche de l'infection ne s'observe que chez des femmes traitées antiseptiquement.

Mais, pour mourir à longue échéance, avec des signes d'hépatite, ou de néphrite, ou de myélite, ou d'encéphalite, ces accouchées n'en meurent pas moins et méritent d'être traitées autrement que par les soins locaux, incapables de porter le remède là où est le mal.

Dans ce cas, essayez des abcès artificiels. Je ne m'occupe pas de ce qu'en peuvent penser les histologistes ou les bactériologistes, qui n'ont pas qualité pour élever la voix, quand il s'agit de thérapeutique. Nous seuls, cliniciens, sommes juges de ce qu'il convient de faire.

Parfois, il arrive qu'une injection pyogène pratiquée chez des sujets très atteints ne détermine pas la suppuration. C'est que la réaction est en rapport avec l'état général, et que, de même que les malades profondément infectées n'ont que des poussées phlegmoneuses spontanées sans suppuration, de la même manière, des malades presque *in extremis* ne peuvent plus répondre par un abcès aux injections irritantes sous-cutanées.

On pourrait alors m'objecter, il est vrai, que mes injections n'ont qu'une valeur pronostique et témoignent si une malade est incapable ou non de faire du pus, c'est-à-dire est plus ou moins atteinte. J'estime, d'après mon expérience, que ma méthode, indépendamment de sa valeur de pierre de touche, présente encore une valeur thérapeutique réelle.

Comment agit le traitement ? Il est probable que tout à l'entour du foyer purulent, il est sécrété des produits solubles qui vaccinent l'organisme.

Et cela me paraît si vrai, que je crains d'ouvrir une issue au pus,

parce que, le pus évacué, ses propriétés bienfaisantes disparaissent. Je conseillerais plutôt, avant d'ouvrir un abcès, d'en créer au préalable un autre dans le voisinage.

Après plusieurs tentatives inutiles avec les acides et le nitrate d'argent je me suis arrêté à l'emploi de l'essence de térébenthine qui provoque facilement des phlegmons lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je n'insisterai pas sur la technique de ces injections de térébenthine. Elles doivent être poussées dans le tissu cellulaire lâche au voisinage de l'aponévrose, mais elles peuvent aussi sans inconvénients s'infiltrer dans le tissu adipeux. On peut pousser un ou plusieurs centimètres cubes d'essence par la même piqûre ; je n'ai pas dépassé trois centimètres cubes, et je n'en pousse qu'un le plus souvent. Je n'ai pas observé d'infiltrations dermiques; il est certain qu'elles provoqueraient un sphacèle du derme. Lorsque l'on veut ménager une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'aiguille sans maintenir la peau, l'essence ressort en préparant un canal de sortie au pus.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, mais la douleur inflammatoire apparaît rapidement, de une heure à six heures après l'injection.

Lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours. La rougeur de la peau ne se prononce que le troisième jour, et alors les phénomènes sont essentiellement variables. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès froid, ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. Ces allures se retrouvent, mais moins accusées, dans certains abcès de fixation de la fièvre puerpérale. Dans l'un et l'autre cas le pus s'épaissit, et trois fois, en attendant longtemps pour intervenir, j'ai vu à l'incision un véritable mastic purulent sortir de l'abcès artificiel. Ce mastic, je l'avais rencontré plusieurs fois à l'autopsie, notamment dans les annexes, et on le retrouve dans certaines salpingo-ovarites lors de l'opération.

Lorsqu'on incise de bonne heure, on trouve un abcès à loge anfractueuse, et dont la paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacélé et infiltré de pus, analogue à la paroi d'un abcès froid sur différents points, ressemblant sur d'autres au bourbillon du furoncle. Il peut y avoir des décollements assez étendus, mais

qui ne paraissent pas jusqu'ici pouvoir provoquer des fusées envahissantes. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose, elle entraînerait le sphacèle de la membrane. La térébenthine ne paraît pas se résorber, puisque, au bout de quinze jours, on retrouve son odeur, mais on ne voit pas de gouttelettes distinctes au milieu du pus.

Ces abcès sont assez lents à guérir, ou du moins leur marche est très variable, suivant qu'ils ont évolué rapidement vers l'ulcération, ou qu'au contraire ils ont affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas, il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche. Je n'insiste pas sur ces détails; ils ne laisseront pas désarmé un praticien qui possède et sait appliquer les éléments de la chirurgie, et je me borne à formuler les préceptes suivants, qui pourront être modifiés par l'expérience, mais dont les grandes lignes me paraissent acquises.

Les abcès de fixation doivent être ouverts plus ou moins tardivement suivant les allures qu'ils affectent, mais pour peu que l'état général persiste, il faut en provoquer de nouveaux sans attendre. Dans certains cas même, on fera bien d'avoir recours à cette provocation un ou plusieurs jours avant l'incision des premiers. C'est là une condition de fixation permanente, ou plutôt continue, qui me paraît essentielle pour le succès de la méthode dans les cas très graves.

Il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois, si l'infection s'annonce comme menaçante à brève échéance, et c'est là le cas de l'infection purulente à grands frissons répétés. Dans l'érysipèle, qui n'est qu'exceptionnellement pyogène, mais qui se juge manifestement parfois par des abcès, il faudrait provoquer ces abcès à la périphérie de la rougeur envahissante; mais je donne le conseil de ne le faire, pour commencer, que dans les cas très menaçants, puisque je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet.

Il est bon de prévoir les objections qu'on peut me faire. Les uns diront: comment oser provoquer la suppuration sur un organisme qui a déjà, par malheur, trop de tendance à suppurer? Et je répondrai: le jour où vous m'aurez apporté un moyen de réprimer cette tendance à la suppuration, je ne la provoquerai plus.

D'autres allègueront: votre méthode n'est pas nouvelle, elle s'appelait révulsion ou dérivation, et le vésicatoire, le cautère et le séton faisaient, sinon tout, du moins une partie de ce que font vos

injections de térébenthine. — Je répondrai : accumulez les succès déjà acquis par le séton ou le cautère, je les accepte, ils seront un motif de plus pour faire accepter les abcès artificiels de fixation, ils ne serviront qu'à faire ressortir leur supériorité et à établir la conviction. J'ajouterai, du reste, que dans plusieurs cas qui pouvaient être considérés comme désespérés, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants.

M. Salmon. — Je partage absolument la manière de voir de M. Fochier. Depuis près de quarante ans, à tous les malades atteints de septicémie chirurgicale, de phlegmon diffus en particulier, je fais de grands badigeonnages avec du nitrate d'argent, et quand cela ne suffit pas, j'insinue sous la peau du nitrate d'argent pour solliciter la suppuration.

Comme M. Fochier, j'ai noté que si les malades, malgré ces efforts, n'arrivaient pas à suppurer, cet échec comportait le plus mauvais pronostic.

M. Thiéry (Rouen). — J'approuve d'autant plus volontiers la méthode préconisée par M. Fochier que j'ai, de mon côté, obtenu dans les mêmes conditions, des résultats favorables. J'avais d'abord essayé de provoquer des suppurations sous-cutanées au moyen des injections de nitrate d'argent à 20 0/0; mes résultats étaient incomplets. Depuis, j'ai employé l'essence de térébenthine et, dans mes douze derniers cas, les effets ont été excellents.

M. Thierry. — Dans les états infectieux j'ai essayé sans succès des vésicatoires de 20 centimètres de côté, des sétons de 18 centimètres de long, et une vingtaine de cautères placés les uns à côté des autres, tandis que les abcès provoqués fournissaient les meilleurs résultats.

Trois cas de symphyséotomie.

M. Pinard. — Les beaux succès obtenus par le professeur Morisani à la clinique de Naples, les recherches que j'ai faites sur le cadavre en collaboration avec MM. Farabeuf et Varnier, m'ont engagé à pratiquer la symphyséotomie sur la femme vivante, le cas échéant.

L'occasion s'étant offerte, j'ai fait cette opération sur trois femmes atteintes de rétrécissement du bassin. C'est le résumé de ces trois observations que je désire vous communiquer sans commentaires.

1re *observation*. — Femme de 32 ans, secondipare.

Bassin rachitique canaliculé; diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 7 millim. Lors du premier accouchement, à terme, il y eut présentation de l'épaule et procidence du cordon; l'enfant succomba pendant le travail. M. Ribemont-Dessaignes pratiqua l'embryotomie rachidienne et ne put extraire la tête dernière qu'après une basiotripsie.

Cette femme étant enceinte pour la seconde fois, je provoquai l'accouchement à 8 mois 1/2 à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. La dilatation étant complète, et la poche des eaux intacte, je tentai à diverses reprises de ramener la tête au niveau du détroit supérieur par manœuvres externes; l'excès de liquide amniotique fit échouer ces tentatives. Je me décidai alors à pratiquer d'emblée la symphyséotomie et à extraire ensuite le fœtus par la version par manœuvres internes.

Après l'incision de la symphyse, les pubis s'écartèrent spontanément de 1 cent. et je ne jugeai pas à propos d'augmenter cet écartement, laissant au fœtus le soin de s'ouvrir le passage. Je fis l'extraction par les pieds. Le tronc et les membres supérieurs passèrent sans difficultés; la manœuvre de Champetier de Ribes dut être employée pour l'extraction de la tête, extraction qui fut précédée d'un double ressaut.

L'enfant, du poids de 3,350 grammes, mesurant 52 cent., né en état de mort apparente, présentait un enfoncement profond du pariétal postérieur. Il fut ranimé par insufflation, mais succomba le 3e jour, avec les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée.

La plaie pubienne, suturée, réunit par première intention. Une ceinture plâtrée suffit à assurer la coaptation des pubis. Suites de couches normales. L'opérée se lève le 25e jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale de la symphyse.

2e *observation.* — Primipare; bassin aplati, promontoire accessible. Entrée à la clinique à terme et en travail. Enfant vivant, présentant le sommet, non engagé; gros œuf.

Rupture artificielle des membranes à 10 heures 1/2 du soir, le 24 février. Dilatation complète à 4 heures 1/2 du matin. La tête ne s'engageant pas à 7 heures 1/2 du matin, M. Lepage, répétiteur de garde, fait sans succès deux applications régulières de forceps au détroit supérieur. A 9 heures 1/2 du matin le 25, je pratiquai la symphyséotomie. Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent. Je

fais porter les cuisses dans l'abduction jusqu'à ce que l'écartement soit de 3 cent. 1/2. Extraction très facile par le forceps, en quatre minutes, d'un garçon vivant de 4,630 grammes. Pendant l'engagement et la descente de la tête, l'écartement des pubis a été porté à 6 cent. 5.

Suture. Pansement comme ci-dessus. Suites de couches physiologiques. L'opérée se lève le 35e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale. L'enfant se porte très bien.

3e *observation.* — Femme de 30 ans, arrivée au 8e mois 1/2 de sa 4e grossesse.

Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent.

Premier accouchement à terme, artificiel, enfant mort-né (Maternité de Lyon).

Deuxième accouchement provoqué à 8 mois et terminé artificiellement; enfant mort le 3e jour (Maternité de Lyon).

Troisième accouchement, à terme; application de forceps faite par M. Fochier, à la clinique obstétricale de Lyon. Enfant vivant pesant 3,220 grammes. Bipariétal 7 cent. Enfant mort le 15e jour, en nourrice.

Cette fois j'ai provoqué l'accouchement vers 8 mois 1/2 à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. M. le professeur Fochier qui avait bien voulu m'assister fit, sans pouvoir engager la tête, deux applications de forceps; j'en fis une troisième, sans plus de succès.

C'est alors que je pratiquai la symphyséotomie. Il y eut un écartement spontané des pubis de 1 cent.; je le fis porter à 4 c. 8 par l'abduction des cuisses et je pus alors extraire à l'aide du forceps un enfant vivant de 2,730 grammes qui, né en état de mort apparente, fut rapidement ranimé et est aujourd'hui en parfait état. Le maximum de l'écartement des pubis pendant l'extraction a été 6 cent. 5.

Sutures et pansement comme ci-dessus.

Suites de couches normales; l'opérée se lève le 29e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale des pubis.

Je n'ajouterai qu'un mot. Ceux de mes collègues qui voudront bien venir demain matin à la clinique Baudelocque, pourront examiner ces trois opérées et se rendre compte par eux-mêmes des résultats de la symphyséotomie.

Pathogénie de l'éclampsie.

M. Herrgott (de Nancy). — Les causes de l'éclampsie avaient été rangées par Depaul sous quatre chefs : a) *congestion cérébrale,* b) *névrose,* c) *lésion rénale,* d) *altération du sang.* Les trois premiers doivent être abandonnés. Reste la dernière cause. Mais cette altération du sang, quelle est-elle ?

M. Delore (de Lyon) avait été frappé par les nombreux caractères semblant devoir rapprocher les maladies bactériennes et l'éclampsie, et il lut une note dans ce sens au Congrès de Blois.

Doléris, déjà, avait fait la recherche des microbes ; il avait cru les trouver et les avait décrits. Plus tard, avec Butte, il revint sur ses précédentes conclusions et, laissant de côté l'élément microbien, incrimina les substances toxiques qu'on trouve dans le sang.

Chambrelent, dans des expériences récentes, insiste sur la toxicité du sérum du sang.

Blanc, en 1889, découvrit à son tour un microbe dont l'action pathogène lui sembla évidente.

J'ai résolu de faire des recherches analogues sur 14 éclamptiques venues dans mon service ; 7 seulement purent servir aux expériences.

Dans les 7 cas, l'ensemencement avec du sang est devenu stérile. De même l'ensemencement avec des parties de placenta, de rate, de foie, de reins est resté négatif.

L'ensemencement avec les urines, dans 5 cas, ne donna rien ; mais, deux fois, les ensemencements furent positifs et, dans ces deux cas, nous trouvâmes un seul élément microbien qui se présenta sous diverses formes, mais presque toujours un bâtonnet trapu, ressemblant à un biscuit, quelquefois plus allongé et susceptible de s'incurver, ressemblant assez, en définitive, au micro-organisme décrit par Blanc.

Je ne trouvai pas, à côté, de spores libres.

Je fis des inoculations à des lapins et à des lapines pleines.

Les lapines moururent sans présenter de symptômes éclamptiformes bien nets et on put, avec les lapines mortes, faire de nouvelles cultures et retrouver le micro-organisme décrit plus haut.

Les lapins furent moins atteints : deux ne moururent pas. On put retrouver dans les organes des lapins morts, le microbe pathogène.

Si j'ajoute à ces résultats expérimentaux d'autres faits tels que ceux de Scarlini, produisant des convulsions chez des chiens avec de l'urine éclamptique; de Fabre, trouvant dans les infarctus blancs des placentas d'éclamptiques des micrococci, je me crois en droit d'inférer que l'éclampsie est une maladie produite par un microbe spécial.

Est-ce le micro-organisme qui est la cause directe de la maladie, ou bien est-ce la toxine qu'il sécrète? En me basant sur ce qu'on observe avec le microbe de Roux et Yersin, je serais assez disposé à considérer que l'éclampsie est l'intoxication du système nerveux par les produits de sécrétion du micro-organisme pathogène.

M. Chambrelent. — Il y aurait intérêt à savoir si M. Herrgott, avant de faire ses recherches sur le sang éclamptique, avait commencé par traiter ses malades et par leur donner en particulier du chloral.

M. Blanc me disait récemment que l'administration du chloral avait pour effet de faire disparaître les éléments micro-organiques du sang.

M. Herrgott. — Je ne saurais rien affirmer. Quand une éclamptique m'arrive, je vais au plus pressé, c'est-à-dire que je mets la malade au traitement classique qui comprend l'administration du chloral.

Plus tard, je m'occupe des expériences, en sorte que je ne saurais répondre d'une manière précise.

M. Guillemet. — L'éclampsie n'est pourtant pas contagieuse, tout en étant maladie microbienne.

M. Herrgott. — Il est difficile de se prononcer à cet égard. On voit souvent les éclamptiques affluer dans un service coup sur coup et l'on se contente d'invoquer la loi des séries. Je n'ai pas pu ne pas remarquer qu'il m'en était venu cette année quatre à peu près en même temps provenant toutes quatre du même quartier, je pourrais dire de la même rue de la ville ; j'ai vu de plus à l'hôpital, je ne dis pas un cas de contagion, mais une malade toute voisine d'une éclamptique être prise de convulsions éclamptiques.

M. Gaulard. — Ces bourrasques d'éclampsies qui font parler d'épidémies étaient connues déjà par Mme Lachapelle. Rien ne me semble cependant établir la réalité de la contagion de l'éclampsie.

J'ai, par contre, cru trouver un certain rapport entre les éclampsies des femmes enceintes et le tétanos des blessés. Enfin,

M. Gley a communiqué dernièrement à la Société de biologie un travail venant de la Faculté de Lille, où était notée, entre autres choses, l'influence microbicide du chloral sur le sang éclamptique.

M. Doléris. — C'est une erreur, à mon sens, d'aller chercher, quand il s'agit d'une maladie générale, le microbe pathogène de la maladie dans un réservoir urinaire.

Dans ces maladies, tous les déchets de l'organisme provenant de l'usure incomplète des éléments cellulaires aboutissent aux reins, où peuvent par surcroît se développer des éléments microbiens divers, qu'on serait mal fondé à regarder comme caractéristiques. C'est ailleurs qu'il faut porter les recherches.

Or, j'ai cru trouver des microbes, et j'ai longtemps multiplié mes efforts pour déceler leur action.

J'avoue que j'ai fait fausse route et que je n'ai pu aboutir dans cette voie.

Cependant, il ressort de mes études un fait que je regarde et qui est regardé comme vrai, c'est que dans l'éclampsie, il y a dans l'organisme une substance toxique bien définie que j'ai pu isoler, qui est capable de reproduire les accidents convulsifs et de tuer, et qui est la cause immédiate des accidents. Cette toxine provient assurément de quelque part; elle est élaborée dans quelque atelier que je n'ai pu découvrir. Et j'en reste sur ce point aux hypothèses : ou bien cette substance est le déchet des cellules organiques malades, ou bien elle est le produit créé par des micro-organismes éphémères, dont on ne retrouve pas trace, ou cachés en des organes que nous n'avons pas explorés.

Il ne s'ensuit pas, de ce que la maladie est une toxémie, qu'on doive la regarder comme contagieuse.

Le seigle ergoté et les accoucheurs.

M. Queirel (de Marseille). — La question de la dépopulation de la France, question vitale, à été longtemps à l'ordre du jour de l'Académie de médecine et n'est point déplacée dans notre Société.

J'estime que c'est ne pas s'en éloigner qu'aborder la question connexe des méfaits du seigle ergoté, attendu que si l'on pouvait préserver les vies humaines compromises par ce médicament, ce serait autant de sauvé : il n'y a pas de petites économies.

Tous les accoucheurs sont d'accord : le seigle ergoté est d'un emploi dangereux. Il est d'habitude déplorablement prescrit et

manié par les sages-femmes qui l'emploient sans mesure en toutes circonstances.

Aussi, je pense qu'il serait de notre rôle de prendre l'initiative d'une mesure qui aboutirait à faire retirer aux sages-femmes la faculté de se faire délivrer le seigle ergoté dans les pharmacies.

M. Gaulard. — Quant au fond, nous sommes d'accord. On mésuse généralement du seigle ergoté. Mais à la campagne, dans quelques cas, les sages-femmes privées de toute aide peuvent avoir besoin quelquefois d'y recourir. Il faut donc ne pas leur retirer le droit de prescrire le médicament, mais leur apprendre par tous nos efforts à s'en mieux servir.

M. Pinard. — Je suis en accord parfait avec M. Queirel sur les méfaits du seigle ergoté et j'estime que les avantages en sont très discutables. J'ai banni l'ergot de ma clinique depuis 7 ou 8 ans et je n'ai pas eu un seul cas de mort par hémorrhagie, ce qui prouve que l'on peut se passer de ce médicament. Nous avons pour le remplacer un remède souverain, l'eau chaude. J'ai deux ennemis que je combats à outrance: le seigle ergoté et le tampon. Vis-à-vis de celui-ci tout le monde ne partage pas mon sentiment. Je suis fermement convaincu que le tampon a plus d'inconvénients que d'avantages, comme l'ergot. Cependant je ne voudrais pas enlever aux sages-femmes le droit qu'elles ont de prescrire l'ergot. Nous devons plutôt prêcher d'exemple et apprendre aux sages-femmes à se passer du seigle ergoté.

M. Tarnier. — Rapporteur à l'Académie quand il s'est agi de savoir si l'on maintiendrait aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté, je n'ai pas voulu m'opposer à ce maintien. Sans doute, il y a beaucoup de moyens qui permettent de se passer du seigle, mais les sages-femmes, lentes à apprendre les nouveautés, ne connaissent guère et appliquent mal ces moyens. Il ne faut pas les priver de tout secours, tout en laissant se propager les procédés d'hémostase meilleurs. M. Pinard est très catégorique, il ne veut ni du seigle, ni du tampon. Il est trop absolu. Si l'on ne veut plus qu'on emploie le tampon, nombre de femmes sont exposées à mourir, qu'on eût peut-être sauvées en les tamponnant. Supposez un médecin ou une sage-femme se trouvant devant une hémorrhagie formidable, comme on en voit parfois — il faudra alors qu'ils regardent couler le sang en se croisant les bras, sans essayer de faire un tamponnement parce que M. Pinard l'a

défendu ! A la clinique d'accouchements, pas plus qu'à la clinique Baudelocque, on n'est partisan du seigle. Mais les conditions où nous opérons sont spéciales et ne peuvent être comparées à la pratique privée d'une sage-femme. Cependant je ne bannis pas absolument l'ergot. Il m'arrive, une ou deux fois l'an, d'injecter de l'ergotinine sous la peau, pour tarir une hémorrhagie qui résiste aux injections chaudes, à l'évacuation et à la stimulation de la cavité utérine, etc. J'ai dû y recourir, il y a à peine trois semaines, et me suis bien trouvé de n'avoir pas un si grand exclusivisme. Pourquoi alors priver les sages-femmes d'un moyen dont il m'arrive de me servir? Cette question du seigle ergoté est grosse de conséquences. Je ne crois pas pour ma part, sans méconnaître les méfaits du médicament, que le moment soit venu d'en proposer la suppression. Mieux vaut perfectionner l'éducation des sages-femmes.

M. Pinard. — Je ne défends rien, je n'interdis rien, ni seigle, ni tampon. Je ne procède que par exemples en essayant de faire entrer la conviction dans les esprits. Mais s'il fallait supprimer quelque chose, ce serait, à mon avis, le tamponnement, toujours mal fait, le plus souvent inefficace, source fréquente d'infection et l'on sauverait ainsi bien des femmes.

M. Salmon (de Chartres). — Pourquoi parler de ce qui se passe dans les cliniques et les Maternités? Il semble que vous ignoriez comment procèdent les malheureuses sages-femmes, seules, incapables de se faire, je ne dis pas aider, mais comprendre par l'entourage. Et je voudrais y voir M. Pinard. — On est bien heureux, dans ces cas, d'avoir à côté de soi un tampon à placer avant l'accouchement, et du seigle pour donner après la délivrance.

M. Gaulard. — J'ai longtemps exercé en province, à la campagne, c'est pourquoi je suis loin d'être aussi radical que M. Pinard. Il est possible que les femmes soient souvent mal tamponnées; mais ce mauvais tampon a souvent arrêté un peu ou diminué l'hémorrhagie. M. Pinard n'a vu arriver à sa clinique que des femmes mal tamponnées. Mais si elles ne l'avaient pas été du tout, peut-être n'aurait-on pu les amener à la clinique Baudelocque, qui n'est pas faite pour recevoir les mortes. Il faut apprendre à bien faire le tampon, voilà tout. Il y a bien, pour le remplacer, des manœuvres excellentes, mais très difficiles, qui demandent du savoir, de la détermination. Demanderez-vous à une sage-femme

de faire la version bipolaire, manœuvre excellente? Ces manœuvres ne sont pas à sa portée. Au contraire, le tamponnement est une opération relativement facile.

M. Lefour. — Je ne partage pas l'avis de M. Pinard. J'ai toujours eu beaucoup à me louer du tampon. Bien fait, et on arrive à le bien faire, antiseptiquement fait, il m'a permis de ne jamais perdre une femme d'hémorrhagie pendant la grossesse.

M. Pinard. — Je persiste à soutenir que le tampon tel qu'il est appliqué dans le plus grand nombre des cas à la ville ou à la campagne, par les praticiens ou les sages-femmes, a plus d'inconvénients que d'avantages, et qu'il y a mieux à enseigner aujourd'hui quant au traitement du placenta prævia, même en province et à la campagne. Les manœuvres que comporte ce traitement sont beaucoup moins difficiles et beaucoup plus à la portée des sages-femmes que ne semble le croire M. Gaulard qui en est encore à la version bipolaire. J'ai montré comment la rupture prématurée et la large déchirure des membranes, manœuvre où, nous le savons tous, les sages-femmes n'excellent que trop, assure, mieux que le tampon, la cessation de l'hémorrhagie. Mais je ne veux pas insister aujourd'hui sur ce point accessoire dans la discussion présente. J'apporterai l'an prochain ma statistique et j'invite les partisans du tampon à faire de même. Nous pourrons alors discuter faits en mains.

M. Queirel. — Puisque tous, nous trouvons que le seigle ergoté est dangereux et cause de grands méfaits dans la pratique obstétricale, je voudrais que cette opinion fût exprimée par la Société d'une manière qui frappe et qui indique que nous voudrions voir, dans une large mesure, restreindre l'emploi de ce médicament.

M. Tarnier. — C'est, en effet, conforme au sentiment exprimé par l'unanimité des membres de la Société.

M. Queirel. — Voici la proposition que je soumets au vote de la Société : La Société obstétricale de France, considérant les dangers que le seigle ergoté peut faire courir à la mère et à l'enfant, rappelle que ce médicament ne doit être administré qu'après la délivrance et lorsque l'utérus est complètement évacué.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

Pneumonie et grossesse.

M. Gaulard (de Lille). — Grisolle, Bourgeois, Chatelain, Ricau, Güsserow, Wernich, Fasbender, etc., sont d'accord pour admettre

que l'état de grossesse aggrave la pneumonie. Les femmes grosses, atteintes de pneumonie, sont exposées à une dyspnée véritablement suffocante du fait de la diminution de profondeur du thorax ou par l'insuffisance d'action du cœur.

Tout le monde est également d'accord pour reconnaître que la pneumonie entraîne fréquemment l'interruption de la grossesse et la mort du fœtus. Mais il y a divergence quant à l'influence exercée par l'accouchement sur la marche de la maladie, favorable ou nuisible.

Cette dernière opinion est celle de Chatelain, Ricau, Fasbender. L'autre est adoptée par Güsserow, Wernich et Flatté.

Ceux-ci accusent les contractions du travail de déterminer des troubles respiratoires et de surmener le cœur.

J'ai recueilli dans mon service trois faits qui ne me permettent pas de partager leur sentiment. J'estime au contraire que l'accouchement exerce sur la pneumonie une influence heureuse.

Au point de vue de la pratique, il y aurait grand avantage à ce qu'on fût pourtant fixé. En effet, si l'interruption de la grossesse agit favorablement sur la marche de la pneumonie, il ne faudrait pas hésiter à la provoquer.

Je ne voudrais pas, dans une question de ce genre, tirer de quelques observations des conclusions immuables, mais je crois qu'on peut sans danger tenter la provocation de l'accouchement prématuré, voire de l'avortement, chez les femmes pneumoniques.

On fait disparaître ainsi les modifications profondes imprimées par la grossesse aux appareils respiratoire et circulatoire. L'évacuation de l'utérus donne plus de profondeur aux poumons.

Le résultat ne sera pas toujours heureux. Il y a des pneumonies particulièrement graves, les pneumonies infectieuses que l'accouchement provoqué ne rendra certes pas bénignes.

L'âge de la pneumonie au moment de l'expulsion doit avoir une certaine influence sur le résultat final, de même que l'étendue de la lésion pulmonaire, la durée du travail spontané ou provoqué. Au dernier point de vue, il faudra recourir aux méthodes rapides. Le ballon de Champetier trouvera ici son emploi. Dès que le col sera suffisamment ouvert, il faudra terminer l'accouchement.

M. Pinard. — Sans désavouer M. Flatté, je dois dire que je n'accepte pas toutes les conclusions contenues dans sa thèse. Néanmoins, deux faits qui se sont mal terminés m'influencent et

je n'interviendrais pas volontiers pour hâter l'accouchement chez des pneumoniques.

Un autre point important de la question est celui de la survie des enfants nés de femmes pneumoniques et l'infection possible de ces enfants soit *in utero* par le passage des pneumocoques à travers le placenta, soit plutôt pendant que les enfants tettent leur mère et puisent le pneumocoque avec le lait.

M. Gaulard. — L'un des deux enfants dont je me souviens est resté un très bel enfant qui a survécu, mais j'avais beaucoup insisté pour que sa mère ne le nourrît pas. J'appréhende, en effet, le passage des pneumocoques dans la mamelle et dans le lait des pneumoniques.

M. Loviot (de Paris). — Pour expliquer la rémission qui suit l'accouchement, M. Gaulard a-t-il tenu compte de la saignée physiologique qui se produit pendant la délivrance? Si oui, ne pense-t-il pas qu'on pourrait obtenir un effet suffisant chez une femme enceinte et pneumonique par une simple saignée? J'ai lu dans une thèse de Montpellier, de Barthélemy, je crois, qu'une femme dans ces conditions par qui la proposition d'accouchement provoqué avait été refusée, se trouva promptement améliorée dès qu'on eut pratiqué l'ouverture de la veine.

M. Gaulard. — La saignée peut jouer son rôle ; mais, comme je crois meilleur de vider l'utérus et qu'au moment de l'accouchement d'ailleurs, nous aurons par surcroît la saignée, je ne pense pas qu'il soit utile de faire d'abord une saignée du bras.

M. Guillemet (de Nantes). — J'ai noté chez une pneumonique enceinte de six mois, avec prolapsus utérin énorme (presque tout l'utérus se trouvant entre les cuisses), une amélioration presque immédiate à la suite d'un accouchement provoqué artificiellement.

M. Tarnier. — Il y a deux conditions différentes à séparer.

A la fin de la grossesse, l'enfant est viable ; on peut sans grand dommage avancer le terme en provoquant l'accouchement. On détermine en même temps avec une saignée, une notable déplétion du ventre. Mais dans les débuts, que peut-on obtenir? Ce n'est pas parce que l'utérus aura été vidé que les poumons auront plus de place pour se dilater ; si, dans ce cas, c'est la saignée qu'on cherche, autant ouvrir la veine du bras.

M. Gaulard. — Il va de soi que j'y regarderais à deux fois avant de pratiquer l'avortement. Cependant, je me rappelle que la

pneumonie est assez souvent une cause d'avortement et qu'assez souvent aussi, sans causer l'avortement, elle fait mourir l'enfant *in utero*.

D'ailleurs, c'est moins par la diminution du volume absolu du ventre que l'accouchement est avantageux que par la suppression des modifications réflexes, circulatoires et respiratoires gravidiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *avril* 1892.

Extirpation d'un utérus et d'une trompe herniés chez un homme.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). — Un jeune homme de 20 ans vint me consulter pour une hernie congénitale, le faisant beaucoup souffrir malgré un bandage. Au cours de l'opération de la cure radicale, je trouve le sac herniaire vide, la paroi postérieure renferme un corps triangulaire recouvert par le péritoine qu'on prend tout d'abord pour un diverticule intestinal. Mais le canal inguinal est vide : l'organe en question n'a aucun rapport avec le tube digestif. En comprimant l'abdomen au-dessous de l'anneau, on fait saillir à travers l'orifice inguinal externe un corps ovoïde, blanc nacré, rappelant le testicule; parallèlement et au-dessus de lui se trouve annexé un corps frangé, kystique, qui ne peut être autre chose qu'une trompe.

Je dissèque et isole tous ces organes et, après avoir formé un pédicule, les extirpe d'une seule pièce. Puis, ligature du sac herniaire au-dessus de l'anneau et réunion de la peau par des sutures. Guérison au bout d'une dizaine de jours.

A l'examen anatomique de la pièce, la portion réséquée se compose de trois parties : 1° un utérus bicorne, avec cavité tapissée d'une muqueuse recouverte de cils vibratiles ; 2° une trompe et un testicule avec un épididyme et un canal déférent ; 3° un ligament large reliant et renfermant ces deux organes.

Il n'y a pas d'autre exemple d'organes génitaux femelles inclus dans les bourses d'un homme, d'ailleurs bien conformé, ayant toutes les attributions de son sexe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances d'avril 1892.

Grossesse extra-utérine

M. Marchand rapporte une observation de *grossesse extra-utérine traitée par la laparotomie* en juin 1891. Il s'agit d'une femme de 30 ans qui, 8 ans auparavant, avait eu un enfant vivant ; à un moment donné, ses règles, jusque-là régulières, se supprimèrent ; six semaines environ après cet arrêt, elle fut prise d'accidents caractérisés par une sensation syncopale et des phénomènes de péritonite localisée. Cet état dura quelque temps, puis tout se calma. Nouvelle poussée qui nécessita l'admission de la malade à la Maison de santé où l'on fit le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ou de grossesse extra-utérine. La malade présenta, à partir de ce moment, des phases successives de santé normale et d'accidents péritonitiques. Quand M. Marchand vit cette femme, elle était à son cinquième accès : il y avait de la fièvre ; le ventre était très régulièrement tuméfié dans la région sous-ombilicale qui faisait une notable saillie. Il n'y avait pas de rétention d'urine. Dans le cul-de-sac de Douglas existait une tumeur qui le remplissait complètement ; le col de l'utérus difficilement accessible était fixé au-dessus de la symphyse, il y avait des douleurs vives. M. Marchand fit le diagnostic d'hématocèle suppurée. La laparotomie fut pratiquée le 11 juin 1891 ; immédiatement en arrière de la paroi abdominale, M. Marchand tomba sur une cavité anté-utérine qu'il nettoya complètement. L'utérus avait le volume d'un utérus de femme grosse de 3 mois 1/2, ce qui fit songer de suite à une grossesse extra-utérine ; après avoir décollé cet organe, M. Marchand tomba dans un kyste fœtal, put en extraire tous les caillots, mais ne trouva tout d'abord aucun fœtus ; mais, après avoir décollé un placenta membraneux, arrêté l'hémorrhagie qui se produisit alors, il vit poindre deux petits pieds à la partie supérieure du kyste ; il fit à ce moment une véritable extraction obstétricale par les pieds d'un fœtus vivant, âgé de 5 mois, qui a vécu une heure et demie ; il s'agissait donc, dans ce cas, d'une grossesse tubaire rompue et dont l'œuf avait passé dans la grande cavité abdominale. M. Marchand sutura une partie de la plaie abdominale et tamponna la cavité avec de la gaze iodoformée. Les urines furent normales pen-

dant quatre jours; au deuxième pansement les urines devinrent moitié moins abondantes que les jours précédents et on constata que l'ouate et les tampons de gaze étaient imprégnés d'urine : il s'était donc formé une fistule vésico-abdominale. M. Marchand ne pense pas que, dans le cas particulier, on ait eu affaire à une déchirure opératoire de la vessie, puisque la fistule ne se produisit qu'au quatrième jour. Il plaça une sonde à demeure et, deux mois après, la fistule était fermée. Quand il enleva pour la première fois cette sonde, la malade eut un frisson intense et de grandes douleurs dans le ventre; il la fit sonder trois fois par jour et tout cela disparut. L'opérée, qui peu de temps après sa guérison avait encore des mictions très fréquentes, urine normalement aujourd'hui. Actuellement elle est complètement guérie.

Péritonite tuberculeuse.

M. Richelot communique un cas de *péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie dans lequel, au cours d'une seconde opération, il a pu vérifier la réalité de la guérison.* Dans ce fait toute la surface péritonéale était envahie lors de la première intervention par de nombreuses granulations et l'abdomen était rempli de liquide puriforme. Il se produisit ultérieurement chez cette malade, qui n'avait que 22 ans, une éventration assez considérable que M. Richelot dut traiter par la cure radicale. Au cours de cette seconde laparotomie, il constata qu'il n'existait pas la moindre trace de granulations inflammatoires : la péritonite tuberculeuse était parfaitement guérie sans qu'on puisse trop savoir par quel mécanisme. M. Richelot a cité ce fait parce qu'il n'avait pas connaissance d'observation analogue.

M. Routier, qui a eu l'occasion de faire une revue sur la péritonite tuberculeuse, a relevé un cas analogue à celui que vient de citer M. Richelot, et qui est dû à un chirurgien étranger. Il s'agissait d'un enfant atteint d'une péritonite tuberculeuse ; dans le liquide contenu dans l'abdomen on avait trouvé des bacilles tuberculeux. Un an après cet enfant présenta de l'ascite; on refit la laparotomie et on ne trouva qu'un liquide sans bacille; cet enfant est resté guéri. M. Routier cite en outre le cas d'une jeune fille à laquelle il fit une laparotomie pour péritonite tuberculeuse. Le ventre ouvert, la séreuse lui parut couverte dans toute son étendue de granulations comme un ulcère mal soigné. Cette personne

guérit et gagna 25 livres en poids dans l'espace de quelques semaines. Elle a été revue il y a quelque temps : elle va très bien ; son ventre est très souple et certainement ce n'est pas par la formation d'adhérences que la guérison s'est produite.

Bec-de-lièvre.

M. Monod lit un travail de M. Phocas *sur la position de Rose dans l'opération du bec-de-lièvre complexe.* Quand on opère le bec-de-lièvre par le procédé classique, c'est-à-dire l'enfant étant assis sur les genoux de sa mère, on ne peut pas endormir le petit malade. M. Phocas, dans un cas assez complexe, a opéré l'enfant couché et la tête renversée ; de cette façon, il a pu faire de larges débridements au bistouri, exercer facilement et avec force une compression sur les parties saignantes. Le sang tombe dans le pharynx et non dans la trachée, la bouche est plus facile à ouvrir, la suture plus commodément faite et les aides moins gênants.

M. Pozzi communique le *relevé statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Lourcine-Pascal pendant les deux années de* 1890-1891, l'année commençant 1er février.

M. Michaux présente 2 blessés atteints de *fracture sans plaie de l'olécrâne chez lesquels il a fait la suture osseuse.* Ces malades, opérés depuis peu de temps, sont parfaitement guéris ; les fonctions de l'articulation du coude sont aujourd'hui normales.

Hystérectomie pour suppuration pelvienne.

M. Quénu présente l'utérus d'une femme qu'il a opérée pour suppuration pelvienne dans un état général tel que personne n'eût osé lui faire la laparotomie. L'opération a été faite par section médiane de l'utérus, ce qui est dans ces cas le procédé de choix. De la sorte, en effet, l'utérus s'abaisse très facilement, l'opération se fait en dix minutes et sans perte de sang, on a sous les yeux des ligaments larges, qu'on peut lier à la soie.

M. Segond. — Il y a à cet égard trois catégories d'utérus :

1° Ceux qui sont aisément abaissables : leur ablation est très facile par tous les moyens ;

2° Ceux qui ont l'air enclavés et qui cependant descendent : ici la section médiane fait merveille, mais, par habitude sans doute, je préfère l'évidement central ;

3° Ceux qui ne descendent pas du tout; ceux-là sont d'ailleurs très rares; ce sont les gros utérus à corps renflé, situés au fond du vagin des femmes grasses. Pour ceux-là, j'affirme que le seul moyen de les avoir consiste à les évider au centre et à les faire descendre peu à peu en les morcelant au fur et à mesure.

D'ailleurs, quel que soit le procédé, cela saigne très peu, sauf l'incision vaginale, ce dont on ne doit pas s'occuper.

M. Routier rappelle sa communication au *Congrès de chirurgie* (voy. plus haut, p. 325). Il préfère les pinces à demeure sur les ligaments larges parce que dans le foyer septique les ligatures sont forcément éliminées.

M. Quénu admet que l'on doit morceler les utérus volumineux, mais en restant sur la ligne médiane, car c'est la zone non saignante.

REVUE ANALYTIQUE

PATHOLOGIE DE LA TROMPE ET HÉMATOCÈLE.

Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la trompe. (Beitrage zu der normalen und pathologischen Anatomie der Tuben), W. Williams. *Am. Journ. f. the med. sc.*, octobre 1891, p. 377, et *Cent. f. gyn.*, n° 14, p. 272.

L'auteur, à l'exemple d'Henle, divise la trompe en trois parties: a) l'isthme, b) l'ampoule, c) l'infundibulum, et donne comme diamètre du canal tubaire au niveau de l'isthme 2-3 millim., au niveau de l'ampoule 6-10. Dans toutes les portions de l'oviducte, c'est la couche musculaire qui est la plus épaisse. Elle comprend presque toujours deux couches nettement séparées l'une de l'autre, couche à fibres longitudinales, couche à fibres circulaires, celle-ci en dedans de celle-là. Au niveau seulement de l'infundibulum les deux couches fusionnent, en quelques cas, la fusion se fait sur toute l'étendue de l'organe. Indépendamment de ces deux couches, existent entre la circulaire et la muqueuse une 3e couche de fibres longitudinales, dont la plus grande épaisseur correspond au voisinage immédiat de la corne utérine, et qui de là va en s'amincissant de plus en plus et finit par disparaître.

La muqueuse est la partie essentielle de la trompe. Il n'est possible de la bien étudier que sur des coupes en séries. Les coupes pratiquées dans la région de la corne utérine, mettent en évidence une lumière étoilée, constituée par quelques replis de la muqueuse, la plupart du temps 4. Dans les premiers temps de la vie fœtale, toute la trompe présente cette disposition anatomique. Plus tard, à une certaine distance de l'utérus, se forment des replis secondaires, et peu à peu, au niveau de l'ampoule, ces replis se ramifient, jusqu'à ce que la lumière de l'oviducte soit remplie de plis, offrant à la coupe un aspect arborescent. Cette ramification est le plus prononcée au niveau de la portion la plus épaisse de l'ampoule; de là, elle va en diminuant pour se réduire, avec l'extrémité des franges, aux replis primitifs. Sur une coupe transversale, la muqueuse paraît être pourvue de plis et de glandes intermédiaires, analogues aux follicules clos de Lieberkühn. Ces plis se composent de tissu connectif semés de quelques fibres musculaires; les plus volumineux renferment des vaisseaux lymphatiques de dimensions notables et souvent de larges espaces lymphatiques. L'épithélium est cylindrique, à une seule couche, à cils vibratiles, et repose sur une membrane propre incomplètement développée. Les cils sont aussi longs ou plus longs que les cellules elles-mêmes et se meuvent encore plusieurs heures après la mort.

Chez les multipares, jamais chez les nullipares, l'auteur a souvent vu des artères de l'oviducte atteintes d'endartérite, processus analogue à celui que l'on trouve sur les vaisseaux de l'utérus consécutivement à la prolifération conjonctive connexe du développement vasculaire énorme durant la grossesse. Parmi les déformations pathologiques de la trompe, l'auteur signale des diverticules qui s'enfoncent dans la paroi, jusqu'au revêtement séreux. Ce sont des déformations bien disposées pour retenir l'œuf et favoriser la production de grossesses extra-utérines (1). Il ne faut pas les confondre avec les orifices tubaires accessoires dont ils se distinguent par l'absence d'orifice extérieur. D'autre part, s'ils facilitent la grossesse extra-utérine, on conçoit qu'ils favorisent également

(1) L. Landau a également signalé la présence dans un cas observé par lui d'un de ces diverticules tubaires, et mis en relief la condition favorable ainsi créée à la production d'une grossesse extra-utérine. *Arch. f. gyn.*, Bd XXXIX, Hft 2.

la rupture de l'oviducte par son amincissement extrême à leur niveau. L'auteur a également observé la disposition en tire-bouchon de la trompe, constatée par Freund chez le fœtus de 5-8 mois, disposition qui commence au niveau de l'extrémité utérine, se poursuit en donnant lieu à 6-7 tours 1/2. Ce n'est qu'à la puberté que cette disposition anatomique s'efface. Lorsqu'elle persiste, elle crée une condition pathologique et peut être l'origine de divers états morbides, oblitération, hydrosalpinx, etc., etc. R. L.

Des kystes tubaires, étude clinique. (Ueber Tubensäcke, eine klinische Studie), L. LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 1, p. 1, et *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 1, p. 11.

1) Il est impossible de déduire de la considération de la nature du contenu tubaire, la condition étiologique primitive de la collection. Elle peut être l'effet de causes extrêmement diverses.

2) L'appréciation de la nature du contenu est elle-même sujette à maintes causes d'erreur. Ainsi, un contenu riche en cellules du pus peut paraître séreux, et, en réalité, il est difficile d'établir une ligne de démarcation nette entre les collections séreuses, sanguines et purulentes.

3) La dénomination spéciale d'après l'aspect du contenu semble impliquer qu'il a toujours une étiologie différente.

4) Il est des sacs tubaires qui paraissent grumeleux, caséeux, pourvus de concrétions calcaires. Or, si l'on veut avoir des idées nettes sur ses états macroscopiques divers, il ne faut pas se borner à étudier le contenu tubaire. Il faut rechercher les facteurs étiologiques qui président à la production de ces collections de nature variée, le mécanisme de l'enkystement, les altérations des parois tubaires ainsi que les conséquences anatomo-pathologiques qui en dérivent.

a) *Pathogénie, étiologie, anatomie pathologique.* — Landau considère les *kystes par rétention* comme les plus fréquents, et, il estime que la grossesse tubaire est la cause la plus importante des hydro et pyosalpinx. Il s'occupe ensuite des causes de l'altération des parois tubaires, catarrhe et phlegmasie de la trompe. Il étudie ensuite de très près les sources et les voies de l'infection et affirme, avec raison, que ces infections ont souvent leur point de départ dans les interventions utérines et intra-utérines, cautérisation, curettage, scarifications, amputation du col...

La formation du sac tubaire n'exige pas toujours l'existence d'une oblitération anatomique de l'oviducte; il suffit en certains cas d'une oblitération purement mécanique. On observe fréquemment des collections tubaires intermittentes, mais une hydrosalpingite intermittente peut devenir permanente, et quand il y a oblitération anatomique de la trompe, cette condition peut être soit congénitale, soit acquise. Dans ce cas, il s'agit plus fréquemment de sacs tubaires petits et multiloculaires que de pyo et hydrosalpinx. Le contenu tubaire reste rarement identique à lui-même sous le double point de vue de la qualité et de la quantité.

b) *Symptômes et marche.* — Les symptômes et la marche présentent des différences considérables. L'hydrosalpingite, non compliquée, est une affection légère, susceptible de guérir spontanément. Dans le pyosalpinx aigu surviennent des douleurs : 1) *coliques tubaires* (faibles dans les processus puerpéraux en raison de la grande extensibilité de l'oviducte; 2) *douleurs de pelvipéritonite* associées à un état nauseux; 3) *douleurs semblables à des crampes* siégeant dans l'hypochondre, sans cause anatomique. La pyosalpingite chronique donne lieu à des modalités cliniques multiples qui cependant, suivant Landau, se différencient nettement les unes des autres et sont bien reconnaissables.

c) *Diagnostic.* — Le signe capital, selon Landau, est fourni par le développement et le siège du sac, surtout dans l'hydrosalpinx. Dans ce cas, le sac tubaire est situé en arrière de l'utérus, lequel est élevé et en antéflexion marquée. Cherche-t-on à repousser l'utérus en arrière, on a la sensation comme s'il reposait sur un coussin rempli d'air ou d'eau. Le 2e signe pathognomique est tiré de la possibilité de faire sourdre le contenu tubaire à travers l'utérus.

Le diagnostic du pyosalpinx, indépendamment de la situation de la collection tubaire en arrière et contre l'utérus et de la possibilité en certains de ces cas de percevoir l'origine de la trompe, repose essentiellement sur la considération de la *forme de la tumeur, bilatérale, et si étrangement contournée.*

c) *Diagnostic différentiel.* — A signaler ce point : dans les cas d'une tumeur douteuse, la consistance kystique plaide plus pour une grossesse tubaire, la consistance solide pour un sac tubaire. Comme moyen d'assurer le diagnostic, Landau préconise la ponction exploratrice.

d) *Pronostic.* — Très variable, il est subordonné aux maladies fondamentales, à la nature du contenu, à l'importance des adhérences, etc.

e) *Traitement.* — Landau pense qu'il faut *au minimum* recourir à une opération radicale, parce qu'elle ne donne pas toujours la guérison, que souvent elle est le point de départ de nouvelles souffrances, et qu'en réalité, on réussit souvent par des méthodes conservatrices à guérir les malades. Dans l'hydrosalpinx, la salpingectomie est contre-indiquée. On réussit souvent alors par les moyens orthopédiques (correction d'une déviation utérine, massage associé à l'hydrotérapie et à l'emploi des narcotiques). Au cas d'échec, ponction par le vagin à l'aide d'un long trocart conduit sous le contrôle du doigt.

Dans le cas de pyosalpinx, Landau fait une large incision par le vagin, toujours sous le contrôle du doigt, plus rarement par la paroi abdominale. Enfin, l'auteur ne procède à l'extirpation des trompes que dans les cas de pyosalpinx multiloculaires et dans ceux d'inflammation simultanée des organes voisins avec ou sans participation des ovaires. Quant à ces organes, il ne les enlève que s'ils sont eux-mêmes malades. R. L.

Inflammations et kystes par rétention des trompes de Fallope. (Entzündung und Retentioncysten der Fallopischen Tuben), SLAWJANSKY. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 11, p. 215, et *Vorles. in der Acad. in Petersb. gehalten.*

Les inflammations des trompes sont le plus souvent le résultat de la propagation d'une phlegmasie de l'utérus. Il faut en rechercher les causes dans l'infection (infection puerpérale, interventions intra-utérines), la gonorrhée et plus rarement la tuberculose. Après s'être occupé du diagnostic et du traitement des phlegmasies tubaires, l'auteur passe à l'étude des kystes de la trompe, partie la plus importante de son travail. A son avis, il ne peut se produire d'accumulations considérables de liquide dans les trompes que si la trompe est oblitérée, toutefois, la perméabilité de *l'ostium uterinum* n'est pas incompatible avec ces accumulations abondantes. Ces kystes tubaires appartiennent surtout à la vie génitale de la femme (de 20-40 ans); durant cette période, ils constituent une des affections les plus communes. Néanmoins, on les observe encore plus tôt et plus tard, mais moins fréquemment.

Lorsque, comme il advient très souvent dans les cas de kystes très volumineux, l'orifice utérin est aussi oblitéré, le kyste se rompt au cours de son développement et les conséquences de l'irruption du contenu tubaire dans la cavité abdominale, varient suivant la qualité de ce contenu (hématocèle rétro-utérine, périmétrite latérale, kyste tubo-ovarique, etc.

Le traitement de ces affections tubaires s'est de beaucoup amélioré depuis qu'on fait la salpingectomie. Comme on ne sait jamais si l'oblitération de l'orifice tubaire est de nature organique ou simplement accidentelle, il faut toujours commencer le traitement en s'efforçant de rétablir la perméabilité de cet orifice (redressement de l'utérus, massage de la trompe, hydrastis canadensis; ergot, dilatation de l'utérus (Doléris), etc...); mais quand ce traitement échoue, ou quand, dès le début, une intervention plus radicale s'impose, il faut se décider à l'extirpation chirurgicale de l'oviducte ; parce que la ponction, sauf dans des cas très exceptionnels, est à rejeter. Dans cette intervention, le chirurgien doit se soucier non seulement de libérer les adhérences, mais encore d'éviter soigneusement l'irruption du contenu tubaire dans le ventre. Car, si l'accident n'a pas en général la gravité qu'on lui accorde, il peut en certain cas déterminer une péritonite généralisée, mortelle. En principe, il est préférable, quand on se résout à la laparotomie, de faire une grande incision abdominale, et de ne pas toucher aux ovaires, au cas même où l'on enlève les deux trompes. Lorsqu'il est impossible de faire l'extirpation totale de la tumeur tubaire, mieux vaut l'évacuer et mettre un drain, que faire l'extirpation partielle. Slawjansky déconseille le procédé en deux temps d'Hégar et Kaltenbach ainsi que l'évacuation de la trompe par le vagin, et il n'accorde aucun crédit au genre d'intervention suggérée par Schröder et qui consistait à tenter de restaurer la perméabilité de l'oviducte. R. L.

Recherches expérimentales sur la formation des hydro et pyosalpinx. (Experimentelle Untersuchungen über die Pyo und Hydrosalpinxbildung bei den Thieren), Woskressensky. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 42, p. 849.

A l'instigation de Slawjansky, l'auteur a institué un certain nombre de recherches expérimentales sur des animaux (lapins, cobayes...) pour tâcher d'élucider la question de la formation des

hydro et pyosalpinx. On sait que Kehrer et Landau, se basant sur des faits cliniques, ont nié l'influence étiologique prépondérante de l'oblitération des orifices tubaires, et que Kehrer a incriminé une « *salpingite exsudative* ».

L'auteur a fait en tout 15 expériences, dont 11 sur des lapins, 2 sur des cobayes, 2 sur des cochons de lait. Les lapins et les cobayes étaient déjà adultes, c'est-à-dire, tous âgés au moins d'un an ; les cochons de lait âgés seulement de 3 semaines. *Technique expérimentale :* Fixation de l'animal sur la table de Czermark ; ouverture de la paroi abdominale avec observation rigoureuse des précautions antiseptiques ; ligature des trompes. Les oviductes furent liés : 1° à leur extrémité utérine ; 2° à leur extrémité abdominale ; 3° simultanément à leurs extrémités utérine et tubaire ; 4° au niveau de leur union avec les cornes utérines. D'autre part, on étudia les effets d'une inflammation provoquée avec le staphylococcus pyogenes citreus et avec de l'huile de croton. Les staphylocoques provenaient d'une culture sur agar-agar, dont on fit une dilution aqueuse pour les besoins de l'expérience. Quant à l'huile de croton, on se servit d'un mélange à 1/3 d'huile et de glycérine. Ces liquides furent injectés à travers une incision pratiquée dans la corne utérine, dans la première portion de l'oviducte. Il y eut en somme deux séries d'expériences : *a*) ligatures des trompes sans avoir au préalable provoqué une inflammation ; *b*) provocation d'une inflammation au moyen de l'huile de croton et des staphylocoques.

Conclusions : 1° Il existe dans la trompe d'un lapin adulte un contenu, qui évidemment est sécrété par la muqueuse de la trompe elle-même, et qui, après double ligature, peut en 4-6 semaines donner lieu à un hydrosalpinx abondant.

2° Dans les cas observés, la sécrétion tubaire paraissait se diriger de préférence vers l'abdomen, et la ligature de la trompe au niveau de son extrémité abdominale, eut pour conséquence la formation d'un hydrosalpinx.

3° Les injections d'huile de croton dans la corne utérine, aussi bien que de dilutions de staphylococcus citreus soit dans la corne utérine, soit dans la trompe, provoquent une inflammation locale sans propagation au péritoine et sans répercussion sur la santé générale.

4° Le nombre limité des expériences implique de grandes réserves dans l'appréciation des résultats obtenus. En général, elles

confirment les opinions de Slawjansky et sont en désaccord avec les recherches de Kehrer et avec les observations de L. Landau.

R. L.

Salpingo-ovarites. (Ovaro-salpingiti), par Decio. *Annali di Ost. e Gynec.*, sept. 1890, p. 527.

Sur 23 femmes observées, 20 avaient eu un ou plusieurs enfants et presque toujours l'accouchement avait été suivi de complications du côté de l'appareil génital. Parmi ces salpingo-ovarites, deux étaient tuberculeuses, et deux d'origine blennorrhagique. Enfin cinq fois l'affection était bilatérale, huit fois à droite, dix fois à gauche. Parmi les observations que Decio rapporte ensuite citons-en une dans laquelle on fit 5 applications de courants électriques ne dépassant pas 100 milliampères; la tumeur se réduisit au volume d'une noix sans que les séances fussent suivies de perte. Chez une autre malade on fit deux applications électriques de 40 milliampères, mais les séances furent suivies de pertes très abondantes qui durent faire cesser ce mode de traitement. Enfin chez une malade on se contenta de détruire les adhérences par des manœuvres abdominales et vaginales combinées.

P. Mauclaire.

Pyosalpingite double ; ablation des deux trompes et des deux ovaires par la laparotomie ; guérison. (Pyosalpingite doppia ; ablazione con la laparotomia delle due trombe cistiche e delle due ovaia ; guarigione), par le Dr Turretta. *Giornale internat. delle sc. med.* Napoli, juin 1890, p. 441.

Observation typique de pyosalpingite double, car la malade perdait par intermittence du pus par le vagin, mais ce qui est rare dans le cas de salpingite, les règles n'avaient jamais été interrompues, ni irrégulières. Pendant l'opération un peu de pus s'écoula dans la cavité péritonéale qui fut lavée avec une solution phéniquée au centième. La guérison fut parfaite. Au point de vue de l'étiologie Turreta ne pense pas comme Terrillon que l'inflammation des trompes succède toujours à une lésion utérine par voie de propagation. Malgré les recherches de Martin, Ortman, Werth, le côté bactériologique des pyosalpingites est peu connu. Dans le cas actuel Turretta n'a pas trouvé de gonocoques si souvent invoqués.

P. Mauclaire.

Contribution au diagnostic de la salpingo-ovarite. (Beitrag zur Diagnose der Salpingo-oophoritis), S. MICHNOW. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 32, p. 563.

En examinant, à plusieurs reprises, une malade, on constata les particularités suivantes : au premier examen, par exemple, on avait trouvé, à droite, une tumeur dont les caractères faisaient penser à une salpingo-ovarite, tandis qu'à gauche on ne percevait que des adhérences, des brides, des nodosités vagues. Puis, à un nouvel examen, pratiqué à quelque temps du 1er, on ne trouvait plus à droite de tumeur mais des cordons mal accusés, tandis qu'à gauche, on constatait une tumeur, bien dessinée, donnant l'impression d'une salpingo-ovarite. Or, les recherches et les remarques faites dans plusieurs cas, montrèrent que ces changements sont en rapport avec les phénomènes menstruels. Au début de la menstruation, la tumeur salpingo-ovarique augmente de volume, après les règles ses dimensions diminuent et elle peut même disparaître. Souvent, cette augmentation est unilatérale, et il est à remarquer qu'elle se produit tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ce qui frappe en conséquence, c'est *l'apparition périodique, alternante, de la tumeur*. Ces modifications, ces altérations de formes sont particulièrement appréciables dans les tumeurs de petit volume, toutefois, elles sont également utiles pour le diagnostic des grosses tumeurs.

En certains cas, seul le phénomène en question permit d'établir le diagnostic. Enfin, il permet de conclure à une tumeur unilatérale quand l'examen, réitéré aux périodes menstruelles, montre toujours que l'un des côtés est sain.

R. L.

Traits cliniques du pyo-salpinx. (The clinical features of pyo-salpinx), par M. WALDO. *Am. J. of Obst.*, mars 1890, p. 291.

Dans la moitié, au moins, des autopsies de femmes de tout âge, on trouve une inflammation des trompes.

L'auteur rapporte 2 cas ; l'un est celui d'une fille publique, dont l'état fut amélioré par les douches et des applications d'iode et de glycérine. Malgré une salpingite double, due à une blennorrhagie, elle devint enceinte et se fit avorter.

Le pyo-salpinx peut succéder à une hydropisie ou à un catarrhe de la trompe.

Si les symptômes ne sont pas urgents, Waldo ne fait pas la laparotomie.

Parfois, on peut faire sortir le pus dans l'utérus en pressant sur la trompe malade, qu'on sent sous la forme d'une tumeur fusiforme. A. C.

Hydro-salpingite double, par FAIDHERBE. *Journ. des Sc. méd.*, Lille, mai 1890, p. 438.

Elle était due à l'oblitération des deux extrémités des trompes par la métrite et la périmétrite dont les traces étaient manifestes et dont les symptômes étaient survenus après l'unique accouchement de la malade. La dissection dans le cas d'ntervention eût été très laborieuse, à cause des adhérences. La tumeur gauche était formée de deux parties, l'une inférieure formée par la trompe elle-même, et l'autre supérieure, provenant d'une formation kystique de l'ovaire de ce côté. P. MAUCLAIRE.

La salpingo-oophorectomie et ses résultats. (Salpingo-oophorectomie and its results), par H.-J. BOLDT. *Med. Rec.*, N.-Y., 17 mai 1890, t. I, p. 545.

Tout en admettant que le plus grand nombre des salpingites catarrhales, que les formes ordinaires de l'ovarite, que certaines salpingites, suppurées ou non, mais se vidant par l'utérus, peuvent guérir, grâce à un traitement approprié sans laparotomie, Boldt pense qu'il existe néanmoins une série de cas où l'ablation des annexes est indiquée.

Chez les malades qui traînent une vie chétive, malgré un traitement bien dirigé, et qui, de temps à autre, ont des poussées de pelvi-péritonite, la salpingo-oophorectomie donne des résultats merveilleux, lors même qu'elle a été faite pour une affection sans suppuration.

On dit que des malades restées souffrantes après l'ablation des annexes ont guéri définitivement à la suite d'un traitement médical ou électrique. C'est vrai, mais ces malades auraient guéri tout aussi bien sans ce traitement. La salpingite constitue la lésion capitale, causale ; mais elle s'accompagne d'exsudats divers qui ne se résorbent qu'avec le temps, une fois les trompes enlevées ; quelquefois même, la déchirure d'adhérences au cours de l'opération, cause un léger degré d'hématocèle qui ne disparaît que peu à peu.

Aussi le retour complet à la santé n'a-t-il lieu qu'au bout d'un certain nombre de mois, quelquefois même après un an et plus.

Boldt a observé, chez certaines femmes, à la suite de l'opération, des vertiges, des pesanteurs céphaliques, comme après la ménopause. Jamais il n'a eu de fistule, ce qu'il attribue à ce qu'il lie les pédicules avec du catgut et non avec de la soie; une seule fois, il a vu une hernie ventrale.

Suit le résumé de 112 ablations d'annexes, 68 pour pyosalpinx, 24 pour salpingites catarrhales, 2 pour salpingites tuberculeuses, 9 pour hydro et hémo-salpinx, 9 pour des affections diverses (hémorrhagies utérines, hystéro-épilepsies, fibromes utérins). Résultats : 58 guérisons, 24 améliorations, 10 insuccès, 8 morts, 12 résultats définitifs insuffisamment guéris ou datant d'une époque encore trop rapprochée pour qu'on puisse rien conclure de définitif.

H. H.

Relations pathologiques de la pelvi-péritonite et de la pyo-salpingite, par DURET. *J. des Sc. méd.*, 14 mars 1890, p. 250.

Toute pelvi-péritonite accompagnée de tumeur para-utérine (maladie de Bernutz) a pour foyer central l'ovaire et la trompe enflammés, altérés et souvent suppurés : il importe dans nombre de cas, pour amener la guérison, d'aller rechercher ces deux organes et de les extirper.

L'opération se justifie parce que l'ovario-salpingite provoque souvent des recrudescences d'inflammation péritonéale à chaque menstruation et toutes les fois que la malade commet des excès, supporte des fatigues ou même se livre à une marche un peu prolongée.

L'opération, lors même que les difficultés sont telles qu'on n'a pu extirper l'ovaire et la trompe, peut améliorer l'état des malades. En décollant les adhérences, en évacuant le pus infiltré, enfin en modifiant par le drainage et le curage des foyers purulents l'état général, on favorise la disparition de la fièvre hectique, des douleurs et de la cachexie progressive souvent suivie de tuberculose.

P. MAUCLAIRE.

Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite blennorrhagique latente, par THIROLOIX. *France méd.* Paris, 28 novembre 1889, t. II, p. 1639.

La malade, entrée dans le service de M. Balzer, à Lourcine, pour une vagino-métrite blennorrhagique, semblait en voie de guérison, lorsqu'elle fut prise brusquement de péritonite avec phénomènes de pseudo-étranglement, ayant amené la mort en 26 heures. A l'autopsie, péritonite sans exsudat autre que de très minces fausses membranes fibrineuses. Trompes doublées de volume, pleines d'un pus bien lié, jaunâtre qu'on retrouve dans le fond de la cavité utérine. H. H.

Suppuration pelvienne. (Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkentniss des Pyosalpinx als Ursache der eitrigen Beckenentzündungen), par A.-P. Clarke. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 16, p. 564.

Les collections purulentes situées dans les ligaments larges ou autour d'eux, guérissent par l'incision et le drainage du cul-de-sac de Douglas. Mais lorsque les annexes sont malades en même temps on voit survenir des récidives et ce sont justement ces récidives qui indiquent de leur côté que les annexes sont malades. Dans ces cas, il est indiqué de faire l'ablation des annexes. Bien qu'une coque fibreuse sépare la collection purulente du grand péritoine, le danger de péritonite généralisée n'en est pas moins grand, surtout aux époques menstruelles. Le succès de l'opération est certain quand la collection purulente n'est pas sortie des ovaires. Dans les cas de pyo-salpingite post-puerpérale, la laparotomie précoce peut sauver la vie des malades. A. B.

Pneumocoques dans le pus des pyosalpinx (Pneumoniekokken in Eiter bei Pyosalpinx), Frommel. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 11, p. 205

Jusqu'ici, Zweifel seul avait constaté la présence de pneumocoques dans le pus de collections tubaires. Frommel, à son tour, vient de faire la même constatation dans un cas qui s'est terminé par la mort. Il s'agissait d'une femme qui avait accouché 7 fois, et qui, depuis son dernier accouchement, où la délivrance fut artificielle, avait toujours souffert dans le ventre. Après examen et constatation de la présence d'annexes malades, on fit la laparotomie. L'ovaire droit était le siège d'un petit kyste, et la trompe du même côté était le siège d'une collection suppurée ; il existait également des adhérences assez nombreuses. Après libération des adhérences, on procéda à l'extirpation des annexes malades. Mais à ce moment, il

se produisit un incident fâcheux. La ligature appliquée sur l'extrémité utérine de la trompe, sectionna la paroi extrêmement friable et l'on ne put empêcher l'irruption d'une certaine quantité du pus tubaire dans la cavité abdominale. Or, malgré les précautions antiseptiques prises rigoureusement, malgré la désinfection minutieuse de la région du péritoine avoisinant le point rupturé de la trompe aussi bien que du moignon, le surlendemain de l'opération la température était à 39°,4 et le pouls à 140. La mort survint 60 heures après l'intervention. *Autopsie :* Pas d'état pathologique net, pas de pus, pas d'exsudat, avec cela une bonne apparence du pédicule, et seulement une injection légère des anses intestinales météorisées. En aucun autre point de l'organisme, à l'exception d'un œdème modéré des poumons, rien de spécial à noter. Un examen bactériologique du contenu de la cavité abdominale resta absolument négatif ; pas de mise en évidence d'organismes pathogènes. Il n'y avait que des bactéries intestinales, dont la présence tenait vraisemblablement à ce que l'autopsie ne fut faite que 48 heures après la mort. *Examen du pus tubaire* : Il contenait en grand nombre des coccus encapsulés, réunis pour la plupart deux à deux, sous forme de diplocoques, et qui par leurs caractères microscopiques correspondaient tout à fait aux pneumocoques de Fränkel. Les cultures sur plaques vinrent militer en faveur de cette ressemblance, et permirent de constater la virulence de ces organismes, car, plusieurs animaux inoculés avec les produits de ces cultures succombèrent tous à bref délai. D'autre part, Fränkel à qui on envoya un échantillon de ces cultures, confirma l'identité de ces organismes avec le pneumocoque.

L'auteur insiste sur la virulence extrême de ces organismes, à laquelle il faut rapporter la mort de l'opérée. Le fait que l'examen bactériologique du contenu abdominal est resté négatif, n'est pas concluant. On peut penser, qu'en très peu de temps, les microorganismes ont pu fabriquer une substance essentiellement délétère pour l'organisme, et qu'après la mort de la femme, ils ont eux-mêmes rapidement péri. En ce qui concerne la présence des microorganismes dans la trompe, comme ni dans le cas actuel ni dans celui de Zweifel, il n'existait de pneumonie, il est probable qu'ils sont venus dans cette région en suivant la voie génitale.

R. L.

Un cas de fibroïde de la trompe. (Ein Fall von Fibroid des Eileiters), F. SPÆTH. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXI, Hft. 2, p. 263.

Observation extrêmement rare que, pour cette raison, nous reproduisons en détail. X..., femme âgée de 39 ans, réglée à 18 ans, menstruation régulière au début, durant 4 jours, assez abondante et non douloureuse. A 21 ans, sans cause connue, la menstruation se supprime pendant quelques mois, puis redevient normale. Il y a 10 ans, fièvre gastrique dont elle souffrit longtemps. Mariée depuis 8 ans, elle eut il y a 7 années un enfant vivant ; accouchement facile et suites de couches normales. Jamais plus de grossesse.

Depuis environ 2 ans elle est fréquemment sujette à des vomissements et ressent constamment des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, douleurs qui ne s'exaspèrent pas du fait des règles. La menstruation resta toujours régulière, mais néanmoins se montra, en comparaison de ce qu'elle était par le passé, relativement profuse. Dans l'intervalle, il se fit par le vagin des écoulements modérés, toujours blancs, jamais jaunes. Jamais de douleur en urinant. Selles régulières, appétit bon. Il y a un an elle entra à la maternité de Stuttgart, se soumit, à cause des douleurs abdominales, à un examen, et on lui appliqua un pessaire de Hodge qu'elle porta jusqu'il y a huit jours. Cependant, après quelques mois, les douleurs anciennes ainsi que les vomissements avaient reparu. Nouvel examen, la femme étant endormie, le 8 février 1891 : femme grande, ossature développée, peu d'embonpoint, mais apparence de bonne santé. Au cou, ganglions lymphatiques assez développés ; organes thoraciques sains, ventre souple, paroi abdominale mince, vergetures nombreuses. L'utérus est en rétroversion légère et un peu déjeté à droite. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on sent une tumeur peu mobile, non fluctuante, légèrement bosselée, dure comme la pierre, irrégulière et du volume d'une noix. Elle paraît reposer sur la paroi postérieure de l'utérus, et par sa portion inférieure elle empiète sur la face péritonéale du cul-de-sac de Douglas. A gauche de la matrice, étroitement accolée à cet organe et le repoussant à droite, on perçoit une tumeur volumineuse, qui offre à peu près la même consistance que la tumeur rétro-utérine. La trompe gauche semble se perdre dans cette tumeur, et l'on ne réussit pas à isoler par le toucher l'ovaire de ce côté. En raison des adhérences formées, la

masse de la tumeur ne présente qu'une mobilité minime. Les annexes de droite paraissent saines. Pas d'ascite.

Laparotomie. Incision sur la ligne médiane. Dans le ventre, pas de liquide libre. La masse gauche est tellement prise dans les adhérences que son énucléation est extrêmement difficile, qu'on ne la fait qu'avec beaucoup de difficultés et encore que d'une manière incomplète. Ses connexions à la paroi pelvienne latérale ne sont détruites que péniblement, et comme la manœuvre est dangereuse, on coupe aux ciseaux après avoir posé plusieurs ligatures. De même, pour la partie reliée à l'utérus. Puis on procède à l'extirpation de la petite tumeur située en arrière de l'utérus. Comme il existait en outre un petit fibrome dans la paroi utérine, les annexes de droite furent également enlevées. A cause d'hémorrhagies parenchymateuses étendues dans le cul-de-sac de Douglas, tamponnement avec de la gaze iodoformée et drainage (le drain aboutissant dans l'angle inférieur de la plaie abdominale), etc., etc.

Le drain fut retiré le 2e jour après l'opération. Suites opératoires bonnes ; si ce n'est qu'au 3e jour il se produisit le soir une élévation de la température, en rapport avec un léger exsudat autour du moignon de gauche, exsudat qui fut rapidement résorbé. 4 semaines après, la femme quittait l'hôpital.

Pièce pathologique. — Tumeur de la trompe gauche, de forme régulière, ronde, mesurant : longueur 5 cent. 1/2, larg. 4 cent. 1/2, épaisseur dans tous les points 4 cent. Extérieurement, la tumeur est revêtue par la séreuse en certains points entamée, partout épaissie. Un stylet introduit par l'orifice utérin pénètre par une ouverture assez large dans le canal tubaire, lequel se termine en cul-de-sac et qui mesure seulement 3 cent. est un peu dilaté, à parois lisses, et revêtu dans sa totalité par une muqueuse assez épaissie mais nullement développée en forme de tumeur. Pavillon et franges font complètement défaut. L'ovaire gauche est un peu hypertrophié, le siège de dégénérescence à petits kystes, et montre quelques corps jaunes. Il est soudé à la trompe par des adhérences péritonitiques. La paroi tubaire, uniformément épaissie, a macroscopiquement l'apparence tubaire. L'oviducte ne contient aucune sorte de liquide.

La tumeur rétro-utérine est constituée par un fibroïde tout à fait commun, calcifié superficiellement dans sa portion marginale. Les annexes de droite sont absolument normales.

Examen microscopique. — Il s'agit d'une paroi tubaire extrêmement épaissie, et l'hypertrophie intéresse au minimum la muqueuse, et au maximum la portion conjonctive et musculaire. Cela a tout l'aspect d'un fibro-myôme de l'utérus. La muqueuse est très épaissie ; ses plis, ses saillies papillaires sont en grande partie effacés, l'épithélium a perdu ses cils vibratiles, et ses éléments sont plutôt cubiques. Pas traces, en aucune portion de la paroi tubaire, d'un processus phlegmasique ; pas d'infiltration de petites cellules comme on en observe dans le pyosalpinx ; rien qui rappelle les proliférations, les arborescences si caractéristiques dans la salpingite.

Réflexions. — Cette tumeur appartenant à un état pathologique des plus rares de la trompe, il va de soi qu'on n'ait pas fait le vrai diagnostic. Les signes objectifs de cette tumeur, entourée de nombreuses adhérences, de même que l'âge de la malade rendaient assez rationnelle l'hypothèse d'un néoplasme malin. D'ailleurs, un certain nombre de symptômes importants manquaient pour affirmer ce diagnostic (cachexie, ascite, engorgement ganglionnaire, etc.). Contre l'idée d'un pyo ou hydrosalpinx militaient la dureté remarquable de la tumeur, l'irrégularité de sa surface, et l'absence absolue de fluctuation. D'autre part, l'anamnèse ne fournissait rien en faveur d'une semblable hypothèse. Les douleurs ressenties 2 ans durant par la malade, ne ressemblaient en rien aux douleurs dysménorrhéiques, si connues, qui accompagnent d'ordinaire les tumeurs tubaires d'origine inflammatoire. Elle affirmait nettement que ces douleurs n'étaient pas exaspérées par la menstruation. On doit en réalité les faire dépendre de la pelvi-péritonite gauche, chronique, adhésive, non infectieuse, provoquée par la tumeur augmentant lentement de volume, et peut-être de la rétroversion utérine observée.

La malade n'avait accouché qu'une fois, accouchement facile et suites de couches normales. Donc pas de processus puerpéral à invoquer pour expliquer les troubles morbides. Il n'y a pas eu non plus d'infection gonorrhéique. S'agissait-il d'un fibrome sous-péritonéal, qui parti de l'utérus se serait insinué entre les feuilles du ligament large ? Mais ces néoplasmes, avec des dimensions analogues à celles de la tumeur constatée, ne déterminent pas des douleurs aussi continues, et se distinguent surtout par des hémorrhagies abondantes à la manière des myômes de l'utérus.

Somme toute, les douleurs continues et les vomissements réflexes qui rendaient la femme incapable de tout travail, justifiaient suffisamment la laparotomie, d'autant plus indiquée, qu'on était autorisé à craindre le développement d'une affection maligne. Enfin, à l'avenir, dans des conditions analogues, si l'on n'a à invoquer ni processus puerpéral antérieur, ni gonorrhée, ni processus malin (absence d'ascite et d'adénites), on pensera à la possibilité d'un *fibro-myôme de la trompe*, diagnostic rétrospectif, post-opératoire qu'établirent l'examen macro et microscopique.

R. L.

Ovaro-salpingite morbilleuse. *Soc. Med. hôp.* 22e année 1892.

M. Galliard. — J'ai observé une vierge de 21 ans, qui au 12e jour d'une rougeole grave compliquée de ménorrhagie, fut prise de douleurs dans la région iliaque droite, puis de symptômes de péritonite généralisée, auxquels elle succomba le 25e jour. A l'autopsie, on trouva une péritonite à streptocoques causée par la rupture d'un petit abcès de l'ovaire droit. La trompe correspondante était épaissie et dilatée. Dans l'abcès ovarien, on trouva de nombreux streptocoques mélangés à quelques cocci isolés.

Faut-il admettre, au lieu d'une complication de la rougeole, une simple exaspération des lésions anciennes latentes qui, sans la rougeole, auraient pu échapper longtemps à l'observation? C'est fort discutable. S'agit-il au contraire d'une détermination du virus morbilleux, ou d'une infection secondaire survenue *à l'occasion de la rougeole*? Les résultats de l'examen bactériologique sont en faveur de cette dernière hypothèse.

Contribution à la pathogénie et au traitement de l'hématocèle intrapéritonéale. (Contributo alla pathologia e terapia dell'ematocele intra-peritoneale), par Roncaglia. *Annali di Ostetr. e Ginec.*, 1890, p. 51. Milano.

Dans la première des deux observations rapportées, l'auteur fit d'abord une ponction aspiratrice avec un gros trocart, mais la fièvre étant apparue il fit un nettoyage complet de la cavité hémorrhagique par la voie vaginale avec lavage au sublimé et un tamponnement iodoformé. La guérison fut parfaite.

Dans la deuxième observation il maintint une vessie de glace en permanence sur l'abdomen et la malade guérit.

Envisageant à ce propos les différents traitements de l'hématocèle, Roncaglia reconnaît que l'abstention avec application de la glace sur le ventre donne assez souvent de bons résultats. Quant à la ponction, elle est insuffisante à cause des caillots. Le nettoyage par la voie vaginale avec les doigts surtout, ce qui évite les hémorrhagies, est une bonne opération. On peut à l'exemple de Doléris et Apostoli faire d'abord une eschare avec le galvano-cautère que l'on incise ensuite avec le thermocautère. Les injections antiseptiques avec un double drain pour éviter de rompre le kyste par une trop grande pression et le tamponnement-drainage, doivent compléter l'opération. Roncaglia préfère ce procédé opératoire à la laparotomie soit abdominale soit sous-péritonéale de Pozzi au drainage vaginal, parce que dans le nettoyage par la voie vaginale le péritoine est ménagé et les hémorrhagies sont peu à craindre si on intervient au bout d'un certain temps quand les membranes ont bien enveloppé le kyste sanguin ; si même l'hémorrhagie survient le tamponnement et les irrigations chaudes l'arrêtent facilement. P. MAUCLAIRE.

Sur les épanchements sanguins intra-péritonéaux. (Ueber intraperitoneale Blutergüsse), VEIT. *Samml. klin. Vortrag.*, 1891, n° 14, et *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 34, p. 650.

Veit propose des dénominations précises pour les diverses espèces d'épanchements sanguins qui se font dans le voisinage des organes génitaux de la femme : a) *hémorrhagie intra-péritonéale*, quand l'hémorrhagie se fait librement dans la cavité abdominale ; b) *hématocèle* pour les hémorrhagies enkystées dans la cavité pelvi-abdominale ; c) *hématomes* pour les épanchements sanguins dans le tissu cellulaire pelvien. La première variété, au moins en tant qu'elle intéresse le gynécologue, a la plupart du temps pour point de départ une grossesse tubaire ; elle est le résultat d'hémorrhagies qui se font au niveau du sac fœtal, au point de son insertion sur la muqueuse ; peut-être provient-elle aussi de quelques rameaux artériels de la trompe. Habituellement, l'hémorrhagie se fait lentement et ne s'arrête que très difficilement, parce que la coagulation est très lente, qu'il n'existe dans la cavité abdominale aucune contre-pression sérieuse, et que, dans le cas d'une grossesse tubaire, les conditions pour l'hématose spontanée par contractions vasculaires, sont rarement réali-

sées, mais si la mort par hémorrhagie n'est pas constante, si même elle est rare, c'est que la plupart du temps, la cavité abdominale était le siège d'altérations pathologiques qui, au moment où l'hémorrhagie se fait, sont favorables à l'enkystement du sang, par suite à l'hémostasie. Car, lorsque l'hémorrhagie se fait librement dans une cavité péritonéale, absolument saine jusque-là, la mort par hémorrhagie est la règle.

La production de l'hématocèle se trouve favorisée quand le point qui donne le sang était déjà, par avance, comme encapsulé, ou bien, lorsque l'écoulement sanguin se fait lentement dans une cavité abdominale, plus ou moins semée d'adhérences, traversée de brides; ces brides, ces adhérences favorisent la formation des caillots, et le complet enkystement de l'hémorrhagie, le plus souvent dans l'espace de Douglas (Hém. rétro-utérine). Quand il s'agit d'une hémorrhagie artérielle, intense, l'enkystement n'a pas lieu.

Dans l'hématome, l'hémostase est réalisée par la pression qu'exerce le tissu connectif tapissé par le péritoine. Le diagnostic de l'hémorrhagie, libre, dans la cavité abdominale, est basé sur les symptômes généraux d'anémie, en l'absence de tout phénomène objectif du côté de l'abdomen, quand on peut exclure tout autre espèce d'hémorrhagie. Le sang épanché librement dans le ventre, qu'il soit liquide ou coagulé, ne peut être constaté; ce n'est que dans le cas de quantités considérables qu'on en peut par la percussion démontrer la présence. Lorsque les signes d'une hémorrhagie existant, on perçoit une tumeur, on peut compter sur l'hémostase spontanée par enkystement et, en général, faire de l'expectation. Quand il s'agit d'hémorrhagie intra-péritonéale libre, que l'examen ne donne aucun renseignement, et qu'il existe des symptômes généraux graves, il faut faire la laparotomie. Veit conseille d'utiliser dans ces cas la position élevée du siège, et pour assurer complètement l'hémostase (quand le sang vient de la trompe) de faire la ligature des artères utérine et spermatique; il a laissé le sang épanché dans la cavité abdominale.

R. L.

OBSTÉTRIQUE

VARIA

Des forceps à tractions suivant l'axe. (Die Achsenzugzange), NAGEL. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 17, p. 331.

L'auteur base ce nouveau travail sur une nouvelle série d'observations faites à la policlinique de Gusserow. Il donne la préférence au forceps de Simpson, instrument léger, commode, et pourvu d'une poignée de traction mobile dans tous les plans, ce qui lui permet de réaliser tous les *desiderata* indiqués par Tarnier. D'ailleurs, le succès n'est pas lié exclusivement à un instrument spécial, mais, le point capital, c'est qu'il soit construit suivant le principe de Tarnier, c'est surtout que l'appareil de traction soit pourvu d'une courbure périnéale, pour que l'accoucheur puisse tirer assez en arrière pour entraîner une tête fœtale située au détroit supérieur suivant l'axe du bassin. L'efficacité des forceps à tractions axiles tient à cette possibilité de tirer suivant l'axe pelvien et aussi à la force considérable développée avec ces instruments, force qui, le cas échéant, peut devenir dangereuse. Par l'utilisation exclusive de la poignée de traction mobile dans tous les plans, comme dans le forceps de Simpson, le danger est notablement évité par le fait qu'on supprime l'action de levier.

Bien que ces forceps ne présentent aucun avantage spécial quand la tête est profondément engagée, il est préférable, une fois qu'on s'est résolu à s'en servir dans les accouchements difficiles, de les employer dans tous, afin d'une part de se les rendre familiers, et d'autre part, pour n'avoir pas à emporter 2 forceps. L'auteur a jusqu'à présent appliqué les forceps à tractions axiles dans 80 cas, 29 fois sur la tête élevée (1 fois le forceps Tarnier sans succès, 1 fois celui de Bröse, 27 fois celui de Simpson). Des mères, une a succombé à une septicémie aiguë, mais, quand elle arriva à la policlinique, elle avait déjà une fièvre vive, l'infection était un fait accompli. Toutes les autres femmes guérirent ; chez 12 (7 fois le forceps fut appliqué sur la tête profondément engagée, 5 fois

sur la tête élevée) survinrent des accidents passagers (fièvre, fétidité des lochies), comme il s'en produit après des accouchements spontanés.

Des mères qui subirent une application de forceps sur la tête élevée, 4 présentèrent une déchirure périnéale du 2e degré, 7 une du 1er degré, et une déchirure vaginale longue de 4-5 centim. Sur les 27 cas terminés avec le forceps de Simpson, sur ceux où la tête était élevée, 4 fois l'extrémité céphalique pointait si peu dans l'excavation qu'il fallut presser sur l'utérus pour la fixer ; 18 fois la tête était engagée soit au tiers, soit au quart, 5 fois à moitié. A l'exception d'un cas, où le forceps n'eut aucune prise sur la tête volumineuse, dure, située au-dessus du détroit supérieur et où finalement la crâniotomie s'imposa, dans tous les autres l'extraction réussit, mais n'amena pas toujours, il est vrai, un enfant vivant. 7 fois, en effet, l'enfant vint mort, mais, 4 fois, l'enfant était fort compromis, avant l'intervention. Dans 4 cas, il y eut fracture du crâne soit d'un os frontal, soit d'un pariétal ; dans 3, des dépressions sur le frontal situé en arrière ; dans 4, paralysie faciale ; dans 3, ecchymoses sous-conjonctivales ; dans 8, érosions cutanées, et autres lésions de peu d'importance ; 11 fois, on ne constata aucune lésion fœtale.

L'auteur s'est servi des deux forceps, forceps ordinaire et forceps à tractions axiles, en bon nombre de cas (71 et 80). De son expérience, il conclut que le jugement sévère porté récemment encore sur les forceps à tractions suivant l'axe par des accoucheurs allemands émérites n'est pas justifié. Ce forceps est surtout utile, efficace dans les cas où après des contractions prolongées, l'état de la mère exige une prompte terminaison de l'accouchement, où la tête est encore au détroit supérieur et quand l'enfant est vivant. Bien qu'un certain nombre de ces enfants succombent ensuite du fait des lésions produites par l'instrument, il n'en est pas moins vrai qu'on augmente cependant le chiffre de survie. C'est là une circonstance qui mérite d'être d'autant plus prise en considération que manié par un accoucheur habile, conscient de la force qu'il pourrait déployer, et partant de la circonspection qu'il faut mettre dans son intervention, le forceps n'exposera que fort peu la femme à des lésions.

Ce travail, communiqué à la Société obstétricale et gynécologi-

que de Berlin (1), a suscité la discussion suivante : OLSHAUSEN n'a jamais employé les forceps à traction axile parce qu'il n'a pas pu vaincre les appréhensions que lui causent ces sortes d'instruments (grand bras de levier, impossibilité d'apprécier la force déployée). Il exprime sa surprise du grand nombre de fois que le forceps a été employé sur la tête restée élevée. Dans ces cas, ce n'est pas avec le forceps ordinaire qu'il faut faire la comparaison ; il serait plus juste de la faire avec les cas de terminaison spontanée de l'accouchement après qu'on a constaté que la tête est restée longtemps élevée. — BRÖSE s'étonne aussi de la proportion considérable des applications de forceps sur la tête élevée (28 : 80). Il se demande si dans ces cas, la version n'était plus possible ou si Nagel songe à substituer dans beaucoup de cas l'application du forceps à la version. — GUSSEROW a délibérément autorisé les expériences avec le forceps à traction axile, parce que le principe lui en a paru rationnel. D'autre part, dans les cas encore assez fréquents où l'enfant étant vivant et la tête restant élevée, une indication fournie par la mère exige une prompte terminaison de l'accouchement, n'est-on pas autorisé à chercher comme intervention quelque chose de mieux que la perforation ou que l'application du forceps ordinaire dans ces conditions? Toutefois, il importe que l'auteur recueille des renseignements plus complets sur le sort des enfants qu'il a mis au monde avec le forceps discuté. — MACKENRODT, malgré l'importance du service obstétrical de Martin, n'est pas encore arrivé à se convaincre de l'utilité des forceps à traction axile. Si l'on utilise largement et judicieusement la méthode qui consiste, par des pressions à travers la paroi abdominale, durant la narcose complète, à refouler la tête dans le bassin, on réussit souvent, même dans les cas où l'on n'espérait pas un tel résultat, à abaisser suffisamment l'extrémité céphalique pour la pouvoir ensuite extraire avec le forceps ordinaire. Grâce à cet expédient, les applications du forceps sur la tête élevée seront très restreintes et non au préjudice de la parturiente. Dans les bassins plats, c'est la version qu'il faut faire. Si elle est irréalisable par suite d'un engagement trop marqué de la tête, l'application du forceps ordinaire suffira. Dans les cas de bassins généralement rétrécis, l'expectation

(1) Séance du 25 mars 1892.

est la meilleure méthode. Enfin, quand on n'a pas réussi par la pression exercée sur la tête fœtale à travers la paroi abdominale, à l'engager dans le détroit supérieur, ni le forceps long, ni le forceps à traction axile ne permettront de l'entraîner sans dommage. — NAGEL objecte à Olshausen et à Bröse que dans les cas où il est intervenu, sûrement, on ne pouvait pas compter sur la terminaison spontanée de l'accouchement. Il s'agissait d'accouchements prolongés, la poche des eaux était rompue depuis longtemps, et la situation de la parturiente était critique. Au fond, il importe que l'accoucheur n'oublie pas la puissance excessive dont il dispose à l'aide de ses instruments, et qu'il n'en dispose qu'avec beaucoup de circonspection. A Mackenrodt, il réplique que s'il n'a jamais compris l'utilité de l'emploi des forceps à traction axile, c'est qu'il a été plus heureux que ses confrères. Il suffit de s'être trouvé dans la douloureuse nécessité de faire la crâniotomie sur l'enfant vivant, pour être désireux de posséder un instrument supérieur au forceps ordinaire. Quant à la crainte qu'il a exprimée qu'il pourrait être impossible dans les cas de bassin généralement rétréci, de porter suffisamment haut le forceps pour l'insinuer entre la tête fœtale et le bassin, c'est sans doute là une opinion émise à la légère ; les études de ce siècle ont en effet montré ce qu'il faut penser de la théorie de l'enclavement. Quant au procédé qui consiste à forcer la tête dans le bassin à l'aide de pressions exercées à travers la paroi abdominale, l'expérience personnelle a montré à Nagel qu'il ne réussit que dans les cas faciles, dans ceux où cette pénétration aurait eu lieu spontanément. Si le procédé était efficace, il y a longtemps qu'il serait entré dans la pratique, et les accoucheurs n'auraient plus à parler ni de version, ni de crâniotomie, ni de forceps sur la tête élevée.

R. L.

Des applications de forceps sur la tête restée élevée. (Zur hohen Zangenoperation), J. FUTH. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 14, p. 271.

L'auteur, dans un cas de bassin rétréci, faisait une application de forceps sur une tête au détroit supérieur. Malgré la bonne direction des tractions et la force déployée, la tête ne descendait pas. Il eut alors l'idée de tirer sur le forceps d'une seule main, tandis que de l'autre il exerçait sur la tête fœtale à travers la paroi abdominale des pressions dirigées en bas. Immédiatement, la tête

franchit facilement le détroit supérieur. Frappé du résultat, il expérimenta le procédé sur le mannequin, et ses expériences le confirmèrent dans l'idée qu'il était bon, aussi le recommande-t-il pour les cas analogues (1).

R.-L.

BIBLIOGRAPHIE

Trois observations d'hydrorrhée déciduale, in-8° (extrait de la *Gazette des hôpitaux*), par le Dr E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux.

Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique. Bonnaire. In-8°, 1892.

Di alcune laparotomie. (Estratto dalla *Riforma Medica*, n. 61-62-63, Marzo, 1892), par A. Turetta.

Splenectomia per milza mobile ipertrofica. (Communicazione fatta alla VIIIa adunanza della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891), par A. Turetta.

Die Mechanik und Therapie des Uterus und Scheidengewölberisse. H. Freund.

Beitrage zur intrauterinen Therapie. A. Mackenrodt. (*Separatabdruck aus « Samml. klin. Vortr. »*, avril 1892.)

Ueber die vaginale Enukleation der Uterusmyome. R. Crobak. (*Separatabdruck aus « Samml. klin. Vorträge »*, 1892.)

(1) On voit qu'il ressemble au procédé préconisé aussi par Mackenrodt, et que d'ailleurs beaucoup de médecins ont déjà eu l'idée d'utiliser.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1892

AVIS AUX LECTEURS

L'année 1892 comptera parmi les bonnes pour les *Annales de Gynécologie*. Nous avons à enregistrer depuis notre dernier numéro trois succès.

M. le professeur Pinard a été, le 14 juin, nommé membre de l'Académie de médecine, par 57 voix sur 66 votants.

Le Dr Varnier a été nommé professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris, et le Dr Hartmann chirurgien des hôpitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS POUR LES GRANDES TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-CYSTIQUES DE CET ORGANE

Par M. Péan (1).

Depuis que nous nous sommes occupés du traitement des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus, nous avons constamment poursuivi la recherche des moyens les plus propres à rendre leur ablation facile et peu dangereuse.

Après avoir démontré qu'il est possible d'enlever sans trop de danger les tumeurs pédiculées, sous-muqueuses, du col et du corps de l'utérus, nous sommes arrivés à imaginer des méthodes qui nous ont permis d'extraire presque aussi simplement les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de cet organe.

Pour les *petites tumeurs*, c'est-à-dire pour toutes celles dont le volume ne dépasse pas sensiblement celui d'une tête de fœtus à terme, nous avons démontré qu'on peut les enlever presque sans danger par la voie vaginale, en conservant ou non l'utérus suivant les indications.

Mais lorsque le volume de la masse morbide dépasse celui que nous venons d'indiquer, le chirurgien recourt habituellement à la voie abdominale.

Pour les *grandes tumeurs*, en effet, nous avons prouvé le premier, par des faits suffisamment nombreux, qu'on peut les enlever avec des chances sérieuses de succès, en les mettant à découvert par une incision médiane faite à la paroi

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 juin 1892.

abdominale, en les attirant au dehors après avoir détaché leurs adhérences et les avoir morcelées, si cela est utile, en les liant aussi bas que possible et en les réséquant au-dessous du lien.

Et alors si la tumeur est sous-péritonéale et pédiculée, l'opération n'offre pas plus de danger que s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges (*myomectomie*).

Si au contraire elle est interstitielle, il faut placer le lien sur le corps de l'utérus et ses annexes et les enlever. En pareil cas, le col et une petite portion du corps sous-jacente à la ligature forment un moignon plus ou moins long qu'il convient, suivant les cas, de fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale (*méthode extra-péritonéale*) ou de réduire après l'avoir ou non recouvert du péritoine voisin (*méthode intra-péritonéale*). La méthode extra-péritonéale a sur l'autre, quand elle est applicable, les avantages suivants : elle est d'une exécution rapide, n'expose pas le péritoine à être souillé par les surfaces de section et permet au chirurgien de surveiller l'hémostase et le pansement.

C'est pour tous ces motifs, et aussi parce qu'elle a donné des guérisons plus nombreuses, que cette méthode a été considérée comme la méthode de choix par la plupart des chirurgiens, depuis que nous l'avons créée.

Cependant il est des malades chez lesquelles le moignon est tellement large, tellement court, que la méthode extra-abdominale n'est pas applicable. En pareil cas, nous avons démontré qu'il est préférable de réduire le pédicule après l'avoir lié en deux moitiés et après avoir fermé la surface de section par des points de suture à anses séparées.

Quelques chirurgiens ont cherché à généraliser cette méthode aux dépens de la précédente, en l'appliquant à toutes les malades, mais ils n'ont pas obtenu des résultats assez favorables pour justifier leur conduite.

Enfin, il est des cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus. Nous avons démontré dans le travail que nous avons publié en 1873, avec mon interne, M. Urdy,

qu'il ne faut pas hésiter, dans ces circonstances, à pratiquer l'ablation totale de l'organe.

Dès 1868 j'ai mis le premier cette méthode à exécution. L'année suivante, la malade fut présentée à l'Académie de médecine. L'opération avait été faite pour une grosse tumeur fibro-cystique.

Depuis cette époque, nous avons eu maintes fois recours à cette méthode et nous en avons obtenu de bons résultats.

Voici comment nous procédions autrefois chez ces malades.

Après avoir mis à découvert la tumeur par une incision abdominale, nous saisissions de chaque côté avec nos pinces à mors longs, droits ou courbes, les ligaments larges que nous coupions entre deux rangées de pinces ; puis après avoir lié et réséqué ces ligaments, nous placions un lien métallique au-dessous de la tumeur, aussi près que possible du col. Nous coupions ensuite l'utérus au-dessus du lien.

Nous avions soin au préalable, quand cela était nécessaire, de détacher la vessie et le rectum. Il ne nous restait plus alors qu'à ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, soit de haut en bas par la voie vaginale et à enlever le col après avoir placé sur la partie inférieure des ligaments larges d'autres pinces, plus petites, dont l'extrémité libre sortait par la vulve : ces dernières suffisaient pour assurer l'hémostase préventive et définitive.

Cette méthode nous a donné de bons résultats : elle a trouvé dans divers pays de chauds partisans.

Après y avoir mûrement réfléchi, nous avons pensé que son manuel pouvait être encore simplifié. Voici comment nous procédons aujourd'hui :

Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets et nous réséquons la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir

successivement appliqué des liens de caoutchouc le plus bas possible.

Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent. Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc, suivant les cas, un fil métallique que nous serrons fortement et que nous tordons à l'aide d'un ligateur de notre modèle. Grâce à ce ligateur, le lien métallique se rompt après quelques tours de torsion, juste à un centimètre en dehors de l'utérus. Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible en ayant soin d'évider la muqueuse, afin de diminuer le plus possible le volume sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement; puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale en suivant les règles que nous avons depuis longtemps posées pour l'ablation des petites tumeurs utérines, c'est-à-dire en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

En raison des résultats que nous avons obtenus de cette nouvelle méthode d'ablation totale de l'utérus dans ces dernières années, nous en sommes arrivé à poser les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une grande tumeur fibreuse ou fibro-cystique, interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées;

2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales;

3° Elle agrandit le domaine de la chirurgie en augmentant le nombre des guérisons.

LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE DE L'ENFANT

Par **Henri Hartmann**, chirurgien des hôpitaux, et **Arthur Aldibert**, ancien interne des hôpitaux.

Faite d'abord à la suite d'erreurs de diagnostic (1), la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ayant été suivie de succès inespérés, on a, de parti pris, ouvert l'abdomen dans le but de guérir des tuberculoses péritonéales bien diagnostiquées. Parmi ceux qui ont défendu avec le plus d'énergie le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse, nous devons citer Kummel (2) et surtout Kœnig (3) qui, dans deux travaux consécutifs, a soutenu la cause de la laparotomie.

Envisagée plus spécialement chez l'enfant, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse a été plus rarement pratiquée. Comme chez l'adulte, elle a, au début, été faite par suite d'erreurs de diagnostic. Petri (4), en 1874, ouvre le ventre d'une fillette de 14 ans, croyant à un kyste de l'ovaire. Malgré un retour de l'épanchement, l'année suivante, des poussées successives de tuberculoses osseuses et ganglionnaires, la malade restait encore guérie en 1886. Dorhn (5), en 1878, opère une enfant de 4 ans, qu'il regardait comme atteinte de kyste de l'ovaire, et trouve une péritonite tuberculeuse diffuse; un an après, la guérison se maintenait parfaite. Il nous faut toutefois aller jusqu'en 1887 pour voir Roosenburg (6) intervenir de propos délibéré dans un cas de

(1) Le premier cas est dû à SPENCER WELLS. *Tumeurs de l'ovaire, etc.*, 1883, p. 110.

(2) KUMMEL. *Centralbl. f. Chir.*, 1887, n° 25; *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1888, p. 39; *Deutsche med. Woch.*, 1889.

(3) KŒNIG. *Centralbl. f. Chir.*, 1890.

(4) Cité par KUMMEL. *Loc. cit.*

(5) *Deutsche med. Woch.*, 1879.

(6) Twee gevalle van perit. tub. genezen door laparotomie; *Feetsbundel a F. G. Donders.* Amsterdam, 1888, p. 211.

péritonite tuberculeuse à forme ascitique : deux ans après, la malade n'avait pas la moindre récidive. Depuis cette époque, les opérations se sont multipliées ; MM. Pinard et Kirmisson (1) en ont, ici même, publié des cas intéressants, et l'on trouvera, au cours de ce travail, un tableau relatant 48 opérations faites chez des enfants (2).

Dans un autre ordre d'idées, on a vu, tout récemment, appliquer à la tuberculose péritonéale des traitements réservés jusqu'ici à des séreuses moins importantes. La paracentèse de l'abdomen, suivie d'un lavage avec une solution antiseptique, vient d'être préconisée par le professeur Debove. Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclure, et, comme nous le verrons, de nombreux arguments peuvent être invoqués contre cette pratique plus simple en apparence, mais peut-être moins inoffensive qu'on ne l'a dit.

Notre intention n'est pas de donner ici une étude d'ensemble de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. On la trouvera dans la thèse de l'un de nous (3). Nous désirons simplement rapporter quelques faits nouveaux de laparotomies dans des péritonites tuberculeuses infantiles, et en tirer quelques conclusions.

Grâce à l'obligeance de notre maître, M. F. Terrier, nous avons pu opérer nos trois malades dans son service de l'hôpital Bichat. Le temps écoulé depuis l'intervention nous paraît suffisant pour nous permettre d'en publier les résultats. De plus, dans deux de ces cas, nous avons établi par des inoculations la nature bacillaire de l'affection, ce qui nous paraît important, car il est établi qu'il existe chez l'enfant des péritonites chroniques revêtant l'aspect macroscopique de la péritonite bacillaire. Il nous suffira de rappeler les tra-

(1) *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. II, p. 171.

(2) L'un de nous a, dans un mémoire tout récent, publié *in extenso* ces opérations (ALDIBERT, *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.* Paris, Steinheil, 1892). Dans le même travail, on trouve réunis 274 cas de laparotomies pour péritonite tuberculeuse chez des adultes.

(3) ALDIBERT. *Loc. cit.*

vaux de Henoch qui a démontré histologiquement que, dans certaines péritonites, macroscopiquement identiques à la péritonite bacillaire, les granulations étaient uniquement constituées par des éléments conjonctifs et ne contenaient aucun élément tuberculeux (1).

La première de nos observations se rapporte à une péritonite tuberculeuse à évolution assez rapide, accompagnée de fièvre et d'un état général mauvais. Bien que ce cas parût peu favorable à l'intervention, la laparotomie a amené dans l'évolution du processus tuberculeux péritonéal un arrêt qui, après un an, semble définitif.

Observation I. — Le nommé M..., Henri, âgé de 12 ans, entre le 27 mars 1891 dans le service de notre maître, M. Terrier, à l'hôpital Bichat. Élevé au biberon, cet enfant a toujours joui d'une excellente santé ; il n'a jamais eu de gourmes dans son enfance, jamais d'accident suspect au point de vue de la tuberculose : il n'accuse qu'une croissance rapide depuis un an, qui l'a un peu fatigué. Son père est bien portant et sa mère n'a eu qu'une légère atteinte de rhumatisme en 1879.

La maladie actuelle a commencé dans les premiers jours de janvier, alors qu'il était encore à Dampierre (Haute-Saône). Dès ce moment, il perd l'appétit, les digestions deviennent difficiles ; après les repas, le ventre se ballonne ; il éprouve des coliques sourdes pendant toute la période digestive ; les garde-robes sont liquides et fréquentes. Son état général se modifie : il reste triste, somnolent toute la journée et ne peut plus supporter les marches un peu prolongées, qui augmentent ses douleurs abdominales ; la nuit, il a des transpirations très abondantes. Il part avec sa mère pour Paris, le 22 janvier 1891, déjà très pâle et amaigri. Pendant un mois, il continue à se plaindre du ventre, qui reste ballonné d'une façon permanente ; les douleurs qui ne sont plus passagères, persistent même en dehors de la période de digestion ; l'amaigrissement enfin fait de rapides progrès et la mère se décide à le présenter à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Il entre le 20 février 1891, dans le service de notre excellent

(1) Henoch. In *Soc. de méd. interne de Berlin*, séance du 16 novembre 1891.

maître, M. Cadet de Gassicourt, qui a bien voulu nous donner oralement les renseignements qui suivent. A son entrée, cet enfant ne paraissait pas très malade et ses troubles digestifs pouvaient faire croire à une simple dilatation de l'estomac. Mais après un examen méticuleux et répété, se basant sur l'existence d'un léger ballonnement abdominal, sur les douleurs pendant la digestion, sur la persistance de la diarrhée, malgré l'absence de vomissements, notre maître songea à un début d'affection péritonéale ; ce diagnostic eût été très hasardé, tellement les symptômes étaient peu concluants à cette époque, si on n'avait constaté un léger épanchement pleurétique à la base gauche; cette pleurésie permettait d'affirmer une péritonite tuberculeuse au début.

Cette péritonite a marché excessivement vite. Dès le 8 mars, en effet, elle se présentait avec les signes de la période d'état et on pouvait constater dans l'abdomen la présence d'une ascite libre, remontant jusqu'à l'ombilic et donnant nettement la sensation de flot. Les fonctions digestives étaient encore plus compromises : des vomissements alimentaires et bilieux avaient apparu et étaient excessivement fréquents ; les douleurs étaient beaucoup plus aiguës ; les selles restaient liquides et fétides, malgré l'administration de naphtol ; enfin, la température présentait de grandes oscillations quotidiennes entre 37°,4 le matin et 40°,4 le soir ; quant à la pleurésie gauche, elle restait stationnaire.

Du 20 au 27 mars, la température oscille encore entre 38° et 40°, mais l'ascite se résorbe en partie, les vomissements et la diarrhée s'arrêtent ; les douleurs deviennent moins violentes. L'abattement, il est vrai, persiste et l'amaigrissement surtout fait de rapides progrès.

Devant cet état qui s'aggrave de jour en jour et qui menace d'enlever rapidement le malade, M. Cadet veut bien nous adresser l'enfant à l'hôpital Bichat, pour essayer, par la laparotomie, d'enrayer ce processus aigu.

Le 28. *État actuel :* En examinant cet enfant, on est frappé de son aspect souffreteux et misérable, de la pâleur cireuse de son visage avec légère bouffissure des paupières qui lui donne un facies albuminurique. Ses joues creuses font ressortir la saillie des os malaires ; sa peau est partout flasque, ridée, rugueuse ; la couche adipeuse sous-cutanée a disparu et les masses musculaires, diminuées de volume, exagèrent le relief des saillies osseuses ; les

cuisses à leur partie moyenne ne mesurent que 24 centim. et les bras 13 centim. Le poids de l'enfant est de 22 kilogr. 100.

L'abdomen au contraire, très augmenté de volume, bombe en avant, sans s'étaler ; l'ombilic, qui n'est pas déplissé complètement, se soulève à chaque effort de toux. La peau est sèche et squameuse ; la circulation veineuse sous-cutanée est un peu plus développée que normalement dans les régions sous-ombilicales. La mensuration donne 61 centim. comme circonférence ombilicale ; de l'ombilic au pubis 12 centim. ; à l'appendice xiphoïde 16 ; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 13 ; à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 14 centim.

La percussion indique un tympanisme très marqué dans les régions sus-ombilicales ; une sonorité normale dans l'hypogastre ; de la matité dans les fosses iliaques et les flancs, se déplaçant lorsqu'on modifie le décubitus.

La palpation est rendue difficile par la tension des muscles de la paroi ; il semble, cependant, qu'il existe dans la région ombilicale des inégalités de résistance, une espèce de gâteau empâté et diffus dont on ne peut apprécier la limite exacte. On ne perçoit pas de froissements amidonnés, mais on provoque des borborygmes fréquents. Nulle part on ne trouve de fluctuation.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes ; la hauteur de sa matité est normale. La rate est un peu grosse et donne lieu à une submatité dans une étendue de 3 centim. carrés environ.

L'examen du thorax indique l'intégrité du poumon droit ; à gauche, en arrière, il y a de la submatité, de l'obscurité du murmure vésiculaire, sans frottements, à la base (reliquat de sa pleurésie) ; et au sommet, en avant comme en arrière, il existe une sonorité tympanique avec expiration prolongée, mais moelleuse. Les bruits du cœur sont normaux.

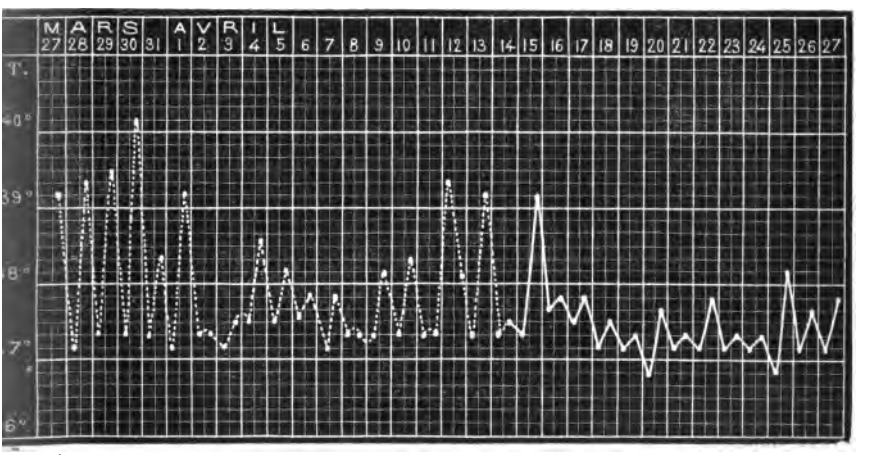
Les urines sont peu abondantes (650 cent. cubes par jour) et contiennent 17 gr. 50 d'urée par 24 heures.

L'enfant reste en observation et est préparé pour l'opération jusqu'au 15 avril. Pendant cette période, on le voit toujours triste et abattu, blotti dans son lit, somnolent, ne s'intéressant à rien de ce qui l'entoure. Sa température à plusieurs reprises présente de grandes oscillations atteignant le soir 39° et 40°. Il ne mange presque plus ; il accuse sans cesse des douleurs abdominales très aiguës sous forme de coliques et vomit fréquemment le peu d'ali-

ments ou le lait qu'il ingère ; ses selles restent liquides, fétides, au nombre de 2 ou 3 par jour.

On lui fait prendre plusieurs bains savonneux, on recouvre son ventre d'une façon permanente avec un pansement antiseptique et on lui donne des paquets de bétol et de salicylate de bismuth.

Le 15 avril, *laparotomie* par M. Hartmann aidé par M. Aldibert. Une incision sous-ombilicale de 5 à 6 cent. environ, sectionne rapidement la peau et la couche sous-cutanée très mince, privée de graisse ; l'aponévrose du droit antérieur est incisée et on décolle le bord interne du droit antérieur du côté droit. On aperçoit alors une couche de graisse finement lobulée et serrée, rappelant le grand épiploon, que l'on sectionne prudemment et lentement à tout petits coups de pointe; on met ainsi à nu et on incise un feuillet plus résistant, mais peu net, dans lequel il est difficile de reconnaître le péritoine et qui présente sur la lèvre droite de



l'incision l'ouraque, du volume d'une plume de coq, incomplètement oblitéré.

Au-dessous de ce feuillet se trouve une masse finement granulée et lobulée, couverte de granulations jaunes avec petits amas caséeux du volume d'un pois ; cette couche saigne au moindre coup de bistouri et elle est constituée par le grand épiploon adhérent à la paroi. On essaie d'abord de le décoller en haut et à droite ; on ne peut y arriver. Palpant alors les parties voisines de l'incision avec l'index gauche pendant que le droit, maintenu dans la plaie,

va à sa rencontre, on constate un gâteau très étendu en haut et à droite, très limité au contraire à gauche de l'incision. Muni de ce précieux renseignement, on peut alors facilement et assez vite décoller avec l'ongle les adhérences épiploïques sur la lèvre gauche de l'incision et pénétrer dans la cavité abdominale. Aucun liquide ne s'écoule par la plaie.

Le doigt introduit dans l'abdomen montre que l'intestin adhère lui-même à l'épiploon dans toute la région ombilicale et ces adhérences ne lui permettent pas d'explorer la moitié droite de la cavité abdominale; à gauche on sent un péritoine verruqueux, hérissé de saillies que l'on retrouve sur la surface de l'intestin. L'anse intestinale qui se présente au fond de la plaie et le péritoine pariétal sont couverts de granulations tuberculeuses opaques, un peu jaunâtres.

On fait un lavage avec de l'eau boriquée, à 37° environ; le liquide sort d'abord un peu rougi par le sang qui s'écoule du décollement épiploïque, mais bientôt après il se présente à la sortie avec une clarté parfaite. On fait ainsi passer deux litres de liquide environ. Pendant le lavage, le pouls n'a pas augmenté de fréquence.

On excise un fragment d'épiploon pour l'inoculer et on fait une suture à trois étages, les deux profondes (une pour le péritoine, une autre pour le plan musculo-aponévrotique) à la soie, celle de la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

15 avril. Soir. L'enfant a souffert un peu au niveau de la plaie; a eu des nausées et un vomissement. Temp. 39°. Pouls à 104. Champagne glacé. Potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque.

Le 16. Matin. Temp. 37°,6. Pouls à 100. A passé une assez bonne nuit, ni nausées, ni vomissements. A uriné seul 500 gr. depuis l'opération.

Soir. Temp. : 37°,8. Pouls à 104. Il n'accuse aucune douleur dans l'abdomen; il ne souffre qu'un peu au niveau de la plaie. Il demande à manger. Champagne. Lait et eau de Vichy.

Le 17. Matin. Temp. : 37°,4. Pouls à 98. Le malade rend des gaz par l'anus, sans canule. 600 grammes d'urine.

Soir. Temp. : 37°,8. Pouls à 102. L'enfant va très bien.

Temp. matin, 37°; soir, 37°,4.

Le petit malade va très bien, il n'éprouve aucune douleur et désire ardemment manger. Pas de selles depuis l'opération. Urine, 800 gr. Lait. Œufs. Suppression de la potion à l'extrait thébaïque.

Le 20. Température reste normale; l'enfant n'accuse aucune douleur; son état général est excellent; il a eu une selle copieuse après un lavement boriqué. On lui donne de la viande blanche, du lait et des œufs.

Le 23. Le malade est toujours très bien et la température normale. Il est gai, souriant, n'éprouve aucune douleur et a un excellent appétit; à le voir, on ne dirait pas qu'il a été laparotomisé. On fait son premier pansement; on enlève tous les fils : la réunion est complète. L'abdomen est partout souple, indolore.

7 mai. La température est toujours restée normale oscillant entre 36°,8 et 37°,4; un soir seulement elle a atteint 38°, à la suite d'une indigestion qui s'est traduite encore par un vomissement et une débâcle intestinale. L'enfant n'a éprouvé aucune colique depuis l'opération; il mange avec appétit, même avec voracité; il est gai, content et se lève.

Au second pansement, fait le 1er mai, la plaie est cicatrisée complètement; on lui laisse la ceinture de flanelle pour maintenir son ventre.

Le 15. Sa mère vient le chercher pour l'emmener chez elle, à Dampierre. L'enfant a conservé son teint pâle et blafard; l'amaigrissement a peu diminué, son poids est de 22 kilog. et la circonférence de ses cuisses ou de ses bras est identique à celle de son entrée.

L'abdomen présente une cicatrice de 7 centim., arrivant à 2 centim. de l'ombilic, souple, sans éventration; la circonférence ombilicale a diminué d'un centim. et ne mesure plus que 60 centim.; on trouve de l'ombilic au pubis 10 centim. 1/2; du même point à l'appendice xiphoïde 15; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 12 1/2; à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 13 1/2; ces divers rayons ont donc tous diminué depuis l'opération. A la palpation, le ventre est souple, absolument indolore, et on ne perçoit que fort mal l'empâtement péri-ombilical qui existait avant l'intervention. La sonorité est normale partout, il n'y a pas de tympanisme.

Localement, les modifications apportées par la laparotomie ne sont pas considérables, quoiqu'il y ait une diminution réelle du volume du ventre; il n'en est pas de même en ce qui concerne l'état général et les fonctions digestives. Cet enfant qui restait confiné au lit, dans l'impossibilité de se tenir debout, qui était

toujours triste et somnolent, qui ne pouvait supporter que le régime lacté, qui était sans cesse tourmenté par des coliques intestinales très aiguës, avait une température à 39° et 40°, aujourd'hui se lève et marche toute la journée, reste apyrétique, mange avec un excellent appétit et même avec voracité et n'éprouve plus aucune douleur; cette suppression des phénomènes douloureux si pénibles est pour le petit malade le bénéfice le plus net de l'intervention et il est enchanté d'avoir été opéré.

Les notes suivantes nous ont été communiquées par le docteur Coillot :

Il s'est développé pendant l'été au niveau de la cicatrice une ulcération grande comme une pièce de cinq francs non fistuleuse; l'ascite ne s'est pas reproduite (24 décembre).

Le 26 février 1892 : il n'y a pas d'ascite, ni de gâteaux indurés dans le ventre, l'ulcération de la paroi est à peu près complètement fermée. Circonférence ombilicale : 0,49 centim.; distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 0,13; aux épines iliaques 0,11 (les mêmes dimensions au moment de sa sortie étaient : 60, 15 et 13 centim.).

Le ventre a donc diminué beaucoup de volume et la péritonite paraît guérie. Mais l'enfant a maigri, il ne pèse plus que 20 kilogr. 150 au lieu de 22 à sa sortie de Bichat, et paraît assez émacié.

Nous pouvons nous demander si l'amaigrissement provient de mauvais soins hygiéniques ou d'une tuberculose viscérale extra-péritonéale latente; n'ayant pas examiné l'enfant nous-même, nous ne pouvons nous prononcer.

Examen bactériologique. — Inoculation, le 15 avril, du fragment épiploïque, à un cobaye sous la peau de l'abdomen; le 20 mai, la plaie, réunie d'abord par première intention, s'ouvre et laisse échapper du pus granuleux d'aspect caséeux; elle persiste encore lorsqu'on sacrifie l'animal le 27 juillet. Elle a environ 1 centim. carré, repose sur une base un peu indurée située dans l'épaisseur des muscles et présente à la coupe des granulations jaunes très nettes.

Les ganglions des aines et des aisselles sont très augmentés de volume; les plus gros sont dans l'aisselle gauche, où se rendent les lymphatiques du point inoculé et ils y atteignent le volume d'une amande; tous présentent à la coupe l'aspect de marron cru

et dans l'aine gauche l'un d'eux est le siège d'un abcès caséeux ramolli, où l'on trouve des bacilles de Koch.

Le foie qui pèse 75 gr., est farci de granulations grises, que l'on constate aussi en très grand nombre dans la rate. Les poumons sont farcis de tubercules plus gros et grisâtres, dont quelques-uns ont les dimensions d'un gros grain de plomb.

Cette observation présente, au double point de vue clinique et opératoire, quelques particularités sur lesquelles il nous paraît utile d'insister.

Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse subaiguë, à marche rapide. La température élevée, à grandes oscillations, atteignant le soir 39° et même 40°; les douleurs vives et presque continues qu'éprouvait cet enfant, les vomissements incessants et la diarrhée rebelle qu'il avait, ne laissaient que peu d'espoir sur les résultats de la laparotomie. Le malade a cependant retiré un grand bénéfice de l'intervention : sa température est tombée à la normale, dès le lendemain de l'opération; les vomissements et la diarrhée se sont arrêtés, l'appétit a reparu, les douleurs ont complètement cessé; l'enfant a pu se lever, courir et jouer, comme s'il était complètement guéri de son affection péritonéale. Aujourd'hui encore, dix mois après l'opération, son ventre ne présente ni ascite, ni gâteaux indurés, et paraît absolument normal. L'enfant, il est vrai, après avoir repris tous les attributs de la santé, a de nouveau maigri, et a perdu, dans ces derniers temps, deux kilogrammes; mais cet amaigrissement est peut-être dû à une alimentation défectueuse, et une hygiène bien comprise l'aurait probablement arrêté. Sa péritonite, dans tous les cas, paraît complètement guérie, et ce succès, obtenu dans des conditions si défavorables, prouve la valeur réelle de l'incision abdominale.

Nous devons attirer aussi l'attention sur une complication post-opératoire qui est survenue, l'ulcération tuberculeuse de la plaie. Cette ulcération secondaire s'explique facilement dans ce cas; l'adhérence de l'épiploon tuberculeux à la paroi au niveau de l'incision a permis, selon toute probabilité, l'inoculation de la plaie par continuité.

Au point de vue opératoire, il n'est pas inutile de faire remarquer que nous avons eu une certaine difficulté à reconnaître les divers plans de la paroi et que le péritoine, en particulier, était à peu près impossible à distinguer. L'adhérence à la paroi du tablier épiploïque a encore compliqué l'intervention ; il a fallu explorer, avec un doigt dans la plaie et un autre dans le voisinage, l'étendue de ses adhérences dans toutes les directions, et ce n'est qu'après avoir constaté qu'elles étaient très limitées à gauche de l'incision, que nous avons pu agir en ce point, décoller l'épiploon, et pénétrer dans l'abdomen. Remarquons, en outre, que dans ce cas, la ponction n'eût pas été sans danger. L'épiploon, en effet, adhérait à la paroi sur une grande étendue, dans les points où on pratique d'habitude la paracentèse ; l'intestin était lui-même collé au tablier épiploïque ; or ces adhérences ne pouvaient être diagnostiquées avant l'opération, car on ne sentait que d'une façon diffuse, un épaississement de la paroi au niveau de la région ombilicale. Une ponction, faite dans ces conditions, aurait eu par conséquent les plus grandes chances de léser l'épiploon et l'intestin.

Notre seconde observation a trait à une péritonite tuberculeuse suppurée, enkystée dans la partie inféro-latérale de l'abdomen.

Observation II. — La petite S..., Aurélie, âgée de 9 ans et demi, nous est envoyée de la consultation des Enfants-Malades par notre ami Triboulet, et elle entre à Bichat, le 20 juin 1891.

Son père est bien portant ; sa mère a depuis 5 ans une laryngite chronique suspecte ; deux autres enfants sont en bonne santé ; un est mort à 18 mois des suites d'une laryngite diphtéritique.

Elle a eu la rougeole à 8 mois ; la coqueluche à 1 an 1/2 ; une fracture de cuisse à 2 ans ; la varicelle à 3 ans ; jamais elle n'a présenté ni gourme, ni kératites, ni adénites chroniques. Depuis l'âge de 4 à 5 ans elle est sujette à des bronchites qui se répètent, mais qui ont une courte durée.

Sa mère fait remonter le début de l'affection actuelle au 13 mai et l'attribue à un coup de pied que l'enfant aurait reçu à l'école. D'après elle, jusqu'à cette époque, l'enfant n'avait accusé aucun

trouble digestif, aucune douleur abdominale; ce jour-là elle se serait alitée avec un ventre ballonné et douloureux, une fièvre vive, des sueurs abondantes et des vomissements très fréquents. Ces accidents aigus se sont amendés lentement : le volume du ventre a un peu diminué, les douleurs abdominales se sont atténuées et les vomissements arrêtés; la diarrhée du début a fait place à une constipation opiniâtre; mais l'enfant a énormément maigri. Depuis une huitaine, les accidents ont repris une certaine acuité; la diarrhée a reparu avec des coliques intermittentes très violentes, persistant un jour ou deux, et une fièvre intense; la mère se décide alors à conduire sa fille à l'hôpital.

20 juin. — *État actuel :* Cette enfant pâle, chétive et malingre présente un amaigrissement extrêmement marqué ; sa peau, flasque et ridée, recouvre des membres squelettiques : les cuisses mesurent 22 centim. 1/2 à leur partie moyenne et le bras 11 centim. Son poids est de 16 kilogr.

Son abdomen volumineux et distendu contraste avec le peu de développement et l'amaigrissement de son thorax. La peau, squameuse et rugueuse, présente dans la région sous-ombilicale trois cicatrices produites par l'application de mouches de Milan ; on aperçoit une légère dilatation du réseau veineux sous-cutané sous-ombilical. Le ventre, qui n'est pas étalé et qui bombe en avant, est partout augmenté de volume ; mais il existe juste au-dessous de l'ombilic une zone large d'un travers de main qui fait en avant une saillie spécialement marquée. La circonférence ombilicale est de 55 centim. ; il y a, de l'ombilic au pubis, 10 centim. à l'appendice xiphoïde 12 centim., à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 13 centim., à l'épine correspondante gauche 12 centim.

La percussion donne de la matité dans une zone large de trois travers de doigt dans la fosse iliaque gauche et l'hypogastre et d'un travers de pouce dans la fosse iliaque droite ; elle prend ainsi la forme d'un croissant à concavité supérieure plus large à gauche, allant en s'effilant dans la fosse iliaque droite. Cette percussion est douloureuse sur toute cette étendue, mais elle l'est surtout dans la fosse iliaque gauche où pratiquée légèrement et superficiellement elle fait pleurer la malade. Cette matité est fixe et ne se déplace pas dans les décubitus latéraux. Dans tous les autres points la sonorité est tympanique.

A la palpation, on sent, au niveau et un peu au-dessous de l'ombilic, sur une étendue transversale de 10 centim. et verticale de 5 centim., un gâteau d'empâtement, un plastron dur, à limites périphériques diffuses, très douloureux et faisant corps avec la paroi ; au niveau de la fosse iliaque gauche, les muscles sont tendus et la moindre pression est si douloureuse qu'on ne peut palper les parties profondes ; dans la fosse iliaque droite, on ne sent rien d'anormal. On ne constate nulle part ni cris intestinaux, ni frottements.

La matité hépatique, de 6 centim. sur la ligne mamelonnaire, ne dépasse pas les fausses côtes ; la rate n'est pas sensible à la percussion.

L'examen du thorax ne révèle aucune trace de pleurésie ; la respiration est pure partout, sauf dans la fosse sus-épineuse gauche où l'inspiration et l'expiration sont un peu plus rudes qu'à droite, sans être prolongées, sans s'accompagner de modification appréciable de sonorité. Les battements cardiaques sont normaux.

Les urines, normales comme quantité, contiennent 13 gr. d'urée par 24 heures.

Dans les plis inguinaux et les régions carotidiennes, il existe plusieurs ganglions peu volumineux.

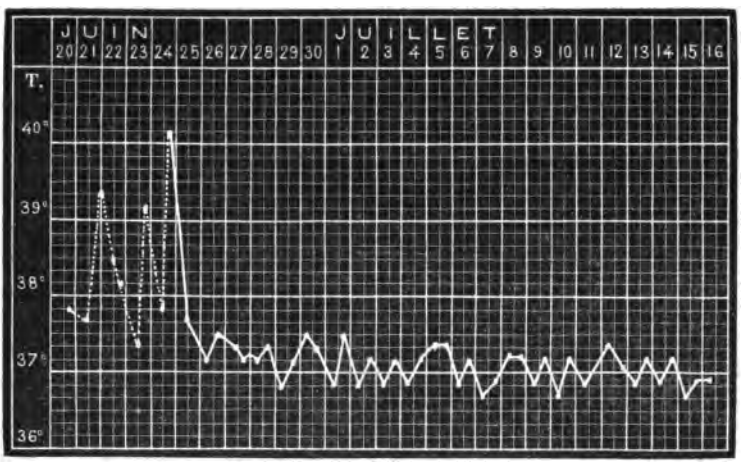
Les troubles fonctionnels sont très accusés ; la malade, triste et abattue, éprouve, depuis son entrée, des douleurs sous forme de coliques violentes, localisées dans la fosse iliaque gauche et la zone péri-ombilicale voisine ; elle a pleuré et crié toute la nuit. Elle ne prend aucune nourriture, ne supporte qu'un peu de lait ; elle n'a pas vomi et a eu 4 ou 5 selles liquides et fétides.

Du 20 au 25 juin, l'état se modifie peu : l'enfant a une température qui atteint le soir 39° et 40°, les douleurs abdominales intermittentes persistent avec la même intensité, rendant tout repos impossible ; la diarrhée continue ; la malade pleure et crie jour et nuit et ne s'alimente plus. Ayant été désinfectée pendant cette période, on l'opère le 25 juin.

Laparotomie, le 25 juin, par M. Hartmann, aidé par M. Aldibert ; le chloroforme donné par Mme Magnus est très bien supporté.

On fait une incision sous-ombilicale de 5 centimètres environ et on sectionne lentement les divers plans successifs qui sont très vasculaires, ce qui nécessite l'application de nombreuses pinces.

Après avoir détaché de sa gaine le muscle droit antérieur du côté droit, on trouve, en haut, un tissu lisse et grisâtre, dépourvu de graisse, saignant en nappe au moindre coup de bistouri qui va avec la plus grande prudence, à tout petits coups de pointe; cette surface adhère intimement de chaque côté aux lèvres de l'incision. Craignant que ce ne soit l'intestin adhérent, on revient à la partie inférieure de la plaie. On constate, à ce niveau, quelques pelotons adipeux jaunâtres, assez gros ; mais il est difficile de se rendre compte s'ils appartiennent à l'épiploon ou à la graisse propérito-



Le trait pointillé se rapporte à la période anté-opératoire. Le trait plein indique la température après l'opération.

néale. Cette couche mince est incisée à petits coups de pointe; profondément on aperçoit alors une petite masse d'aspect caséeux, du volume d'un pois. La sonde cannelée, portée en ce point, déchire une paroi très mince et donne immédiatement issue à du pus un peu séreux qui s'échappe avec quelques bulles gazeuses; après l'issue d'un verre à madère de ce pus, il sort un liquide puriforme plus jaunâtre, ayant les caractères du contenu intestinal.

Le petit doigt introduit par cet orifice, reconnaît l'existence d'une poche s'enfonçant vers la fosse iliaque gauche, dépassant un peu à droite la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic où elle paraît fermée par des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale; quant à sa paroi profonde, elle paraît constituée par les

anses intestinales accolées, lisses et rougeâtres, sans granulations tuberculeuses apparentes. En résumé, il existe à la partie inférieure gauche de l'abdomen, une poche purulente paraissant communiquer avec l'intestin et complètement isolée du reste de la cavité péritonéale. Elle est lavée avec un litre d'eau boriquée stérilisée et bouillie, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ; un drain du volume du petit doigt est introduit dans le fond de la cavité ; sutures à trois étages, les deux profonds (péritoine et muscle) à la soie, le superficiel (peau) au crin de Florence. Un fragment de la paroi de la poche est inoculé le jour même sous le péritoine d'un cobaye.

Le 25, soir. T. 37°,4, pouls 120, assez fort, respiration 40. La petite malade ne souffre pas du ventre ; elle n'a pas eu de vomissements et n'est pas abattue. Le pansement est complètement traversé par un suintement jaunâtre, très abondant, contenant des grumeaux de même couleur et ayant une odeur intestinale très nette. Diète absolue. Potion avec cinq centigr. d'extrait thébaïque.

Le 26, matin : T. 37°, pouls 128. L'enfant a passé une assez bonne nuit et a reposé ; elle n'accuse aucune douleur abdominale et ne vomit pas. Elle urine seule. Le pansement est encore traversé par un suintement analogue à celui de la veille. Potion de Todd avec cinq centigr. d'extrait thébaïque ; bétol et salicylate de bismuth 2 gr. en deux fois. Lait. Soir : on refait le pansement qui est encore traversé.

Du 27 au 3 juillet, la température reste normale et le pouls revient à sa fréquence habituelle dès le 28. L'enfant n'éprouve aucune douleur, les coliques si vives qu'elle avait avant l'opération ont cessé complètement ; l'état général est bon. Notre excellent collègue et ami, M. Michon, dans le service de qui elle se trouve, lui fait son pansement deux fois par jour ; le suintement est toujours extrêmement abondant et a les caractères du contenu intestinal ; il a produit un érythème considérable de la paroi, que l'on combat avec de la vaseline à l'acide borique et à l'oxyde de zinc.

L'enfant est alimentée exclusivement avec du lait et des œufs et prend toujours 3 gr. de bétol et de salicylate de bismuth.

Le 3. On raccourcit un peu le drain et on enlève les crins : la réunion primitive de la plaie est complète, malgré le suintement intestinal très abondant.

Du 4 au 13. Un drain de calibre inférieur est placé dans la plaie ;

le suintement est toujours très abondant et nécessite deux pansements par jour. A deux reprises, on lui donne du bleu de méthyle, pour savoir si la fistule communique avec l'intestin, mais on n'obtient aucune coloration du suintement. On augmente l'alimentation, l'enfant prend de la viande et du pain, même médication.

Du 13 au 23. On ne fait plus qu'un pansement par 24 heures, la température reste toujours normale ; les forces reviennent, l'état général est excellent, la petite malade engraisse. Elle se lève le 23 juillet et le 1er août elle n'a dans son trajet fistuleux qu'un tout petit drain de 4 cent. de long, qui laisse écouler un liquide jaunâtre, séreux, analogue à du liquide intestinal, en quantité très faible.

14 août. La petite malade est emmenée par sa mère. Sa cicatrice a 4 centim. de longueur, arrive à 3 cent. de la symphyse et ne présente pas d'éventration ; sur sa partie moyenne se trouve l'orifice fistuleux, en cul-de-poule, admettant un tout petit drain, qui laisse écouler une sérosité jaunâtre peu abondante, tachant à peine le pansement. L'abdomen ne tombe plus en avant ; il est plutôt étalé et la saillie de la région ombilicale a disparu complètement. La peau n'est plus lisse, squameuse, elle a repris ses caractères normaux ; le réseau veineux sous-cutané a un développement à peu près normal. La mensuration donne : de l'ombilic au pubis 8 cent. 1/2 ; à l'appendice xiphoïde, 12 centim. ; à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, 12 cent. 1/2 ; à l'épine correspondante gauche, 12 centim. La pression est absolument indolore, alors qu'avant l'opération, la moindre palpation suffisait pour faire crier l'enfant ; on peut actuellement saisir l'abdomen à pleines mains et le palper très profondément sans qu'elle accuse la moindre douleur. Cette palpation fait constater un vaste gâteau occupant la partie moyenne du ventre, allant du pubis presque jusqu'à l'appendice xiphoïde ; ce gâteau induré commence à gauche, un peu en dehors de l'épine iliaque antérieure, pour remonter vers la première côte flottante ; à droite, il suit à peu près le bord externe du muscle droit antérieur et envoie un prolongement dans la fosse iliaque correspondante ; en bas, il descend jusqu'au pubis ; en haut, il se perd au-dessus de l'ombilic. Tout ce plastron présente une surface irrégulière, noueuse, indolore, immobile sur les plans profonds, tandis que la paroi glisse facilement sur lui ; en le prenant entre les deux mains, on constate facilement son immo-

bilité absolue sur les plans profonds. Cette palpation bimanuelle fait aussi percevoir que son bord gauche est constitué par une arête vive, dure et tranchante qui doit être constituée par le grand épiploon induré et tendu comme une corde. Les flancs sont absolument souples. Dans ces recherches, on ne provoque ni gargouillements, ni froissements amidonnés. Quant à la percussion, elle donne de la sonorité partout, sauf dans les fosses iliaques et l'hypogastre où il existe de la submatité à la percussion superficielle et une sonorité normale à la percussion profonde.

La diminution de volume de l'abdomen, l'absence de reproduction du liquide, démontrent l'heureux effet de l'intervention sur l'état local ; les modifications de l'état général sont encore plus manifestes et l'enfant est presque méconnaissable. Cette petite malade, squelettique, au facies décharné, triste et maussade, immobilisée au lit avec de violentes douleurs abdominales lui arrachant des cris et des larmes et rendant tout repos impossible, ne s'alimentant plus, vomissant sans cesse et ayant tous les soirs une température de 39° à 40°, actuellement se lève, court, joue et rit toute la journée ; sa température est normale, ses douleurs ont disparu, son appétit est excellent et ses fonctions digestives se font régulièrement. Elle pèse 20 kilogr., et a par conséquent augmenté de 4 kilogr. en un mois et demi ; la circonférence de ses cuisses mesure 20 centim., celle de ses bras 15 centim., ce qui donne une augmentation d'un bon tiers. Les ganglions carotidiens ont disparu presque complètement, ainsi que la rudesse respiratoire et la submatité du sommet du poumon gauche. En somme, à la voir ainsi engraissée, courir et jouer dans la salle, on ne pourrait supposer l'état si défectueux dans lequel elle se trouvait avant l'opération.

Novembre. L'enfant revient pour montrer sa fistule qui persiste toujours et qui donne lieu à un suitement jaunâtre peu abondant ; le stylet pénètre encore en haut et à gauche à une profondeur de 5 centimètres environ, dans une espèce de poche rétropariétale ; il permet à sa sortie l'issue d'une sérosité roussâtre chargée de petits grumeaux d'aspect caséiforme. Le ventre est partout souple et indolore ; on ne sent plus d'empâtement en aucun point.

L'état général reste excellent. La malade pèse 21 kilogr. ; elle mange avec beaucoup d'appétit, court toute la journée et demande à rentrer à l'école.

3 *février* 1892. La fistule est complètement fermée depuis trois semaines. Ventre absolument souple, sans la moindre trace d'induration, plat, indolore. Poids, 21 kilogr. 500. Circonférence ombilicale, 48 centim. 1/2. Circonférence à la partie moyenne des cuisses, 34 centim., des bras, 16 centimètres. Excellent état général. La malade va à l'école depuis un mois.

Examen bactériologique. — Inoculation : Le cobaye inoculé avec le fragment de la paroi de la poche suppurée est sacrifié le 14 août. Cet animal, très amaigri, ne présente rien d'anormal dans le tissu sous-cutané, ni dans le système ganglionnaire superficiel.

Sur le péritoine pariétal, au point d'inoculation, se trouve un noyau gros comme un pois, très induré, auquel adhère le grand épiploon; au voisinage existent deux granulations jaunes très nettes.

Les viscères abdominaux sont presque tous atteints, mais la tuberculose présente une prédominance excessivement marquée dans le foie ; on y constate de nombreux tubercules dont quelques-uns ont le volume d'une lentille. Sur la rate il existe quelques granulations grises très fines, ainsi que sur le poumon gauche.

En somme, les lésions tuberculeuses sont manifestes, mais elles prédominent dans le foie.

Il n'est pas inutile de revenir sur certaines particularités que présente cette observation. Le mode de début brusque, succédant à un traumatisme, est anormal mais la nature tuberculeuse de l'abcès nous semble bien établie par les résultats très nets des inoculations. On peut donc se demander si on n'a pas eu affaire à une péritonite tuberculeuse latente, et si le traumatisme, en rompant un intestin altéré, n'a pas donné lieu à des symptômes péritonitiques aigus que l'on a considérés comme marquant le début de la tuberculose péritonéale; l'existence de la communication préopératoire de l'intestin avec le foyer suppuré plaide en faveur de cette manière de voir.

Il faut faire remarquer encore la difficulté et même *l'impossibilité*, dans laquelle on se trouve, *de poser le diagnostic d'une péritonite tuberculeuse suppurée.* Cette petite malade avait bien de la fièvre, des douleurs très aiguës, et

des vomissements, mais ces mêmes symptômes existaient dans notre première observation où cependant le liquide intra-abdominal était franchement ascitique.

Il est inutile d'insister sur le merveilleux résultat qu'a donné la laparotomie dans ce cas. Cette enfant squelettique, avec une température de 39° et 40°, immobilisée au lit par des douleurs très violentes, s'alimentant à peine, est actuellement, huit mois après l'opération, forte, grasse et apyrétique ; elle a pu reprendre les jeux et occupations de son âge ; son ventre est indolore, souple partout et ne présente plus ces gâteaux d'induration si marqués au moment de son entrée.

Au point de vue opératoire, il faut signaler encore ici la difficulté que l'on a eue de reconnaître les plans profonds de la paroi ; la nécessité, dans laquelle on s'est trouvé, d'abandonner la partie supérieure de l'incision, de crainte de léser l'intestin adhérent et de revenir à la partie inférieure où la voie paraissait plus facile, grâce à la présence de pelotons adipeux d'apparence épiploïque. Notons, enfin, que la fistule intestinale préopératoire s'est spontanément fermée après une durée de sept mois. Cette oblitération spontanée plaide en faveur de l'abstention dans la cure de ces fistules, d'autant plus que les cas dans lesquels on a fait une tentative de restauration chirurgicale ont été malheureux. La sinuosité des trajets, les adhérences parfois nombreuses et serrées des anses intestinales entre elles et la paroi, les altérations des tuniques elles-mêmes de l'intestin, rendent compte de la difficulté opératoire et des insuccès de ces tentatives d'oblitération dans les cas de péritonites tuberculeuses (1).

Notre troisième cas est plus complexe et d'une interprétation plus délicate. Il s'agit, en effet, d'un enfant de 6 ans, que l'un de nous a observé d'abord à Trousseau, puis à Bichat

(1) Nous avons, de même, observé dans un certain nombre de cas la guérison de fistules stercorales post-opératoires après des salpingectomies, guérison tantôt spontanée, tantôt consécutive à la dilatation et au drainage temporaire de la fistule.

pendant une période de 4 mois. Ce petit garçon, a présenté, durant cet intervalle, tous les signes d'une péritonite tuberculeuse classique : Début par une période de tympanisme avec coliques et vomissements, suivie d'une période ascitique en voie de résorption, lors de son entrée à l'hôpital Bichat. Le diagnostic de péritonite bacillaire avait été posé par M. Cadet de Gassicourt et par tous ceux qui avaient examiné le malade. Nous ouvrons l'abdomen et nous ne constatons dans la région sous-ombilicale aucune granulation tuberculeuse ; il n'existait qu'un grand nombre de ganglions mésentériques, augmentés de volume, mais ne constituant pas de tumeur, il n'y avait qu'une faible quantité de liquide ascitique. Nous n'avons trouvé aucun tissu suspect que l'on put enlever pour l'inoculer ou l'examiner au microscope et démontrer la nature vraie de l'affection, en présence de laquelle nous nous trouvions. S'agissait-il réellement d'une péritonite tuberculeuse ? avait-on affaire, au contraire, à une tuberculose ganglionnaire mésentérique et, dans ce cas, y avait-il de l'entérite bacillaire ? L'examen opératoire a démontré qu'il n'y avait pas de granulations dans la région sous-ombilicale, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existait pas de lésion de ce genre dans les parties sus-ombilicales, la péritonite localisée dans ces régions n'est, on le sait, pas rare chez l'enfant. L'existence d'une tuberculose ganglionnaire mésentérique est certaine. Certes il ne s'agissait pas de ganglions volumineux, formant des tumeurs grosses comme le poing, comme le fait s'observe souvent ; nous nous trouvions en face de cette forme, bien décrite par Barthez et Sanné, forme dans laquelle beaucoup de ganglions sont tuberculeux, mais restent isolés et petits et ne contiennent qu'un ou deux tubercules. Y avait-il de l'entérite bacillaire ? C'est loin d'être certain, car, d'après les mêmes auteurs, cette entérite spécifique n'existerait que dans les 2/3 des cas environ de phtisie mésentérique. Les troubles digestifs qu'avait le petit malade, peuvent parfaitement être expliqués par une entéro-colite simple, si fréquente chez

l'enfant. On sait, du reste, que chez lui le diagnostic d'entérite tuberculeuse est très difficile à porter, car peu de symptômes la caractérisent. La diarrhée rebelle, les douleurs au niveau des côlons pendant la digestion, sont communes à toutes les variétés d'entérite chronique, le mélæna seul, indiquant l'existence d'ulcérations intestinales, permet d'affirmer la nature bacillaire de l'affection. Nous croyons donc, que dans le cas particulier dont nous allons donner l'observation il s'agissait d'une tuberculose ganglionnaire mésentérique compliquée peut-être d'une péritonite tuberculeuse sus-ombilicale.

Observation III. — Le nommé C..., Louis, âgé de 6 ans, entre à Trousseau, le 10 décembre 1890, dans le service de notre maître M. Cadet de Gassicourt. Ses antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt spécial : son père est bien portant et sa mère rhumatisante ; deux sœurs ont succombé à des affections indéterminées, l'une en naissant, l'autre à 2 ans, après 3 mois de maladie. Quant à lui, il a eu de la gourme dans sa première enfance et une kérato-conjonctivite qui a persisté deux ans et dont il porte encore les vestiges ; à l'âge de 4 ans, il a eu une bronchite d'une assez courte durée, mais qui revient assez fréquemment.

Son affection actuelle a débuté dans les premiers jours de novembre insidieusement : son ventre s'est ballonné progressivement ; ses digestions sont devenues difficiles et se sont bientôt accompagnées de vomissements qui, d'abord rares, se sont ensuite répétés presque tous les soirs ; ses garde-robes sont devenues liquides ; son caractère s'est modifié : il a cessé de jouer, et est resté triste et somnolent. Le 20 novembre, a apparu de l'œdème des pieds, qui peu à peu a gagné les deux membres inférieurs en totalité.

A son entrée à Trousseau, on constate un œdème très marqué des membres inférieurs, plus léger aux mains. L'abdomen est volumineux, peu douloureux à la palpation et présente une ascite abondante, libre. L'enfant a peu d'appétit, il ne vomit pas mais il a des selles liquides, fréquentes et fétides. Il tousse légèrement, quoique l'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des plèvres ou du poumon ; les bruits du cœur sont normaux. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Pendant son séjour à Trousseau, du 10 décembre au 30 mars, on voit d'abord disparaître l'œdème des membres trois jours après son entrée et l'ascite dès la fin de décembre ; on assiste à deux poussées aiguës du côté de l'abdomen, d'une durée d'une huitaine avec réaction péritonéale intense : pendant ces périodes, en effet, le ventre augmentait énormément de volume, l'enfant accusait de violentes douleurs abdominales spontanées sous forme de coliques, exaspérées par la moindre pression, vomissait absolument tout ce qu'il ingérait, avait des selles liquides et très fétides, pendant que sa température oscillait entre 38° et 39°. Dans l'intervalle de ces poussées, le ventre redevenait normal, indolore, les digestions se faisaient à peu près régulièrement, et la température redescendait entre 37° et 38°. A la fin de février, l'ascite reparait, assez abondante, mais cloisonnée en apparence, et le thermomètre remonte au-dessus de 38° ; cet épanchement se résorbe lentement et l'enfant conserve un ventre volumineux, sensible à la palpation, de l'anorexie, des vomissements passagers, de la diarrhée, et un léger mouvement fébrile.

En présence de cet état qui va sans cesse en s'aggravant, M. Cadet de Gassicourt veut bien nous confier cet enfant qui entre le 30 mars dans le service de notre excellent maître M. Terrier pour y être laparotomisé.

A son entrée à Bichat, on constate un arrêt de développement et un amaigrissement extrême de l'enfant. Il a à peine la taille d'un enfant de 4 ans ; la peau des membres est flasque et ridée, squameuse ; les saillies osseuses sont partout excessivement marquées, le tissu adipeux a disparu presque complétement et les masses charnues elles-mêmes sont atrophiées ; la circonférence des cuisses à la partie moyenne ne mesure que 17 cent., celles des bras 10 centimètres. Son poids est seulement de 13 kilogr. 300. Il a perdu toute gaieté, refuse de jouer, et toujours somnolent il reste enfoui sous les draps, pelotonné en chien de fusil.

Son abdomen est uniformement saillant et tendu ; il ne présente pas de circulation veineuse collatérale notable ; il existe une éventration sus et sous-ombilicale d'un gros travers de doigt. La mensuration donne 55 c. 5 comme circonférence ombilicale ; de l'ombilic au pubis, 10 cent., à l'appendice xiphoïde 15 cent., à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite 12 cent., à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 11 cent.

La palpation est indolore ; elle ne fait reconnaître ni tumeur, ni induration profonde, ni empâtement, ni froissement péritonéal ; on trouve partout une résistance élastique uniforme. On sent déborder au-dessous des fausses côtes la rate d'un demi-centimètre et le foie d'un travers de pouce environ.

La percussion dénote un tympanisme étendu presque à la totalité de l'abdomen ; à droite seulement, dans le flanc et la fosse iliaque correspondante on trouve une matité très nette qui arrive jusqu'à la ligne médiane et qui se déplace fort peu lorsqu'on modifie le décubitus de l'enfant : on n'y perçoit aucune fluctuation.

L'examen de la poitrine démontre l'intégrité du cœur et de la plèvre ; les poumons eux-mêmes paraissent sains, à l'exception du sommet droit où l'on constate sous la clavicule de la submatité avec une respiration un peu plus rude qu'à gauche ; mais il existe des symptômes manifestes d'adénopathie trachéo-bronchique, un souffle bronchique très rude des deux côtés, plus accentué à gauche, de la matité dans la région interscapulaire et une toux sèche, fréquente survenant par quintes.

Les urines sont normales.

Dans la période préopératoire du 30 mars au 9 avril, l'enfant a eu encore une crise de douleurs abdominales très aiguës, lui arrachant sans cesse des cris, avec vomissements incoercibles et diarrhée fétide, très abondante, qui a duré trois jours. Les vomissements et les douleurs ont ensuite cessé, les selles sont restées fréquentes et liquides, l'appétit est un peu revenu et la température a oscillé entre 36°,8 et 37°,4.

On pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse chronique avec très peu de liquide, peut-être enkysté, et on le désinfecte par des bains savonneux répétés, des pansements boriqués maintenus constamment sur l'abdomen et l'administration de paquets contenant un gramme de bétol et de salicylate de bismuth.

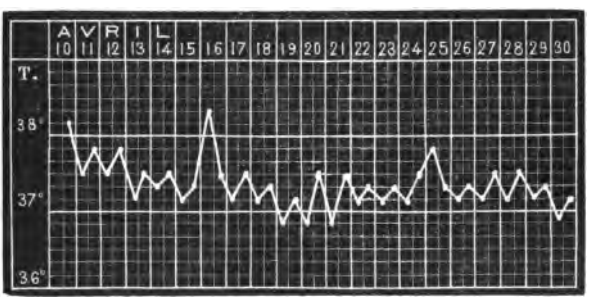
Le 9 avril, laparotomie par M. Hartmann, aidé par M. Aldibert. Une incision de 5 cent. est faite à égale distance du pubis et de l'ombilic et met à nu successivement la gaine du muscle droit et la graisse sous-péritonéale assez abondante. Le péritoine est saisi et sectionné entre deux pinces ; la boutonnière est agrandie aux ciseaux sur une étendue de 4 cent. Le péritoine ne présente ni injection, ni épaississement ; il est blanc pâle et a l'aspect lisse et lavé ; le grand épiploon très mince et d'apparence normale se

présente au-devant de la plaie; il est refoulé avec une éponge montée. On n'aperçoit aucune granulation tuberculeuse sur le péritoine pariétal voisin de l'incision, ni sur le grand épiploon, ni sur l'intestin qui est, lui aussi, pâle, lisse et lavé. L'index introduit dans l'abdomen ne sent nulle part d'empâtement, d'adhérences, de fausses membranes, mais il rencontre un assez grand nombre de ganglions indurés et hypertrophiés dont quelques-uns ont le volume d'une noisette.

Il ne s'écoule aucun liquide au moment de l'incision péritonéale; on fait un lavage avec deux litres d'eau boriquée, stérilisée et bouillie à 4 0/0, à 37° et cette eau ressort d'abord teintée légèrement en jaune, ce qui prouve qu'il existait un peu d'ascite dans les parties déclives. Pendant cette injection, le pouls monte de 80 à 100 et 110 et revient à 80 dès que l'on cesse l'irrigation.

On suture à la soie le péritoine d'abord, puis le muscle droit et sa gaine; la peau est réunie avec du crin de Florence. Pas de drainage.

9 avril soir. Temp. : 38°. Pouls à 120, fort, régulier. Un vomissement bilieux. Urine seul une heure après l'opération. L'enfant a



d'abord accusé quelques douleurs abdominales et a essayé d'enlever son pansement; sous l'influence d'une potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque il est devenu tranquille et a dormi dans l'après-midi.

Le 10. Bon état; nuit très calme; a uriné spontanément deux fois. Temp. : matin. 37°,4; soir, 37°,8.

Le 12. Le petit malade n'accuse aucune douleur; il est apyrétique et il demande sans cesse à manger; il a eu hier soir une selle abondante. Suppression de l'extrait thébaïque. Lait. Potages.

Le 14. Excellent état; temp. normale. Absence complète de douleurs. Deux selles par 24 heures. Appétit vorace, crie constamment pour avoir une nourriture plus copieuse.

Le 19. Premier pansement: on enlève tous les points de suture; réunion complète par première intention. Le ventre est souple, moins volumineux, indolore partout. Absence de toute colique. La température est toujours normale; le 16 seulement il a 38°,2, à la suite d'une indigestion par excès d'alimentation; l'enfant, en effet, est toujours glouton et mangerait sans cesse.

Le 25. Apyrexie. Le petit malade reprend des forces; son état général est meilleur, ses joues sont plus colorées, il est moins somnolent et commence à jouer sur son lit.

Le 29. Difficile à surveiller, il a eu encore hier une indigestion et a vomi deux fois; il demande constamment à manger et dévore tout ce qu'on lui donne.

7 mai. L'enfant se léve depuis le 4 mai (il n'avait pas quitté le lit depuis le 10 décembre 1890); son état général est excellent, son facies est plus rose, sa figure moins émaciée.

L'abdomen est souple partout; la submatité du flanc et de la fosse iliaque droits a disparu.

La circonférence ombilicale a diminué d'un centimètre et ne mesure que 54; la mensuration donne de l'ombilic au pubis 7 centim., à l'appendice xiphoïde 12 centim., à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche 10 1/2.

Les membres sont aussi plus gros, les cuisses mesurent 20 centim. et les bras 11 centim. Enfin, son poids est de 13 kil. 800; il a par conséquent, gagné 500 gr. en un mois.

L'amélioration porte surtout sur l'état des fonctions digestives; depuis l'opération, l'enfant dévore et digère facilement, alors que souvent auparavant il ne gardait même pas le lait; il n'a pas non plus depuis, éprouvé ces douleurs vives, ces coliques qui duraient plusieurs jours et lui arrachaient des cris et des larmes. Enfin, la reprise de ses jeux, le retour de sa gaieté, la disparition de sa somnolence prouvent encore l'amélioration considérable que lui a valu la laparotomie. Quant à ses lésions pulmonaires et médiastines, elles ne sont en rien modifiées.

Il quitte Bichat et rentre quelques jours à Trousseau pour ensuite aller à Forges.

Examen le 31 *janvier* 1892.

Enfant fort et en bonne santé. Poids, 15 kil. 700. Circonférence ombilicale, 53; circonférence des cuisses à la partie moyenne, 25 centim.

Ventre souple, indolore, sans induration, sans ascite.

État général excellent : l'enfant joue toute la journée; il éprouve seulement encore à l'occasion d'écarts de régime quelques coliques intestinales qui durent peu.

Le résultat qu'a donné la laparotomie, dans ce cas, est excellent ; cet enfant immobilisé au lit avec de violentes douleurs, se lève et court aujourd'hui toute la journée ; il ne souffre plus qu'à de rares intervalles, à la suite probablement d'une alimentation défectueuse. Nous ne voudrions pas en conclure que l'incision abdominale suivie de lavage a eu une action directe sur l'évolution de cette tuberculose ganglionnaire ; car, dans ce cas particulier, nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'existait pas de péritonite tuberculeuse sus-ombilicale. Mais nous croyons que la laparotomie s'impose dans tous les cas analogues. D'une part, en effet cet enfant avait présenté tous les signes d'une péritonite bacillaire, d'autre part, rien ne prouve, qu'en même temps qu'une tuberculose ganglionnaire évidente il n'existait pas une péritonite sus-ombilicale cachée. En tous cas, l'enfant a bénéficié de l'intervention. C'est là, pour lui, le point important.

Tels sont les trois cas de péritonite tuberculeuse infantile que nous avons eus à traiter l'an dernier dans le service de notre maître M. F. Terrier. Les résultats de l'incision abdominale ont été favorables dans ces trois cas. Ne nous croyant toutefois pas le droit de conclure de l'étude isolée de trois faits, nous nous appuierons sur l'examen des observations antérieurement publiées, laissant toutefois de côté les opérations faites pour des accidents d'occlusion intestinale survenus au cours de la péritonite tuberculeuse.

Observations de laparotomie pour péritonite tuberculeuse chez l'enfant.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
I.....	**Monnier**.....	ALDIBERT, Th. 1892, p. 121.	F. 11	Ascitique aiguë.	0	Lav. phéniqué.	Mort.....	
II.....	**Treves**.....	*Lancet*, 1887, II, 918.	M. 14	Ascitique subaiguë.	0	Inj. de teinture d'iode diluée.	Amélioration..	M. au bout d'un mois de tuberc. miliaire généralisée.
III.....	**Black**.....	*Brit. M. J.*, 1891, I, 648.	F. 15	*Id.*	0	?	Guérison.....	?
IV.....	**O'Callagham**.....	*Dublin J. of Med. Sc.* 1890, I, 472 et 535.	M. 15	*Id.*	0	Lavage eau chaude.	Guérison.....	G. constatée 10 mois après.
V.....	**Roosenburg**.....	ALDIBERT, *loc. cit.*, p. 123.	M. 15	*Id.*	Exam. histol.	Pas de lav...	Guérison.....	G. constatée un an après.
VI.....	**Poncet**.....	PIC, Th. de Lyon...	M. 15	*Id.*	0	Lav. boriqué.	Guérison.....	G. constatée 7 mois après.
VII.....	**Hartmann**.....	Inédite.....	M. 12	*Id.*	Inoculation..	Lav. boriqué.	Guérison.....	G. constatée 10 mois après.
VIII.....	**Meinert**.....	MAURANGE, Th. de Paris, 1889.	F. 4	Ascitique généralisée	0	?	Guérison.....	M. après quelques mois de méningite tuberculeuse.
IX.....	**Alexandroff**.....	*Vratch*, 1881, 165.	F. 3½	*Id.*	Exam. histol.	Drain. pendant 8 j.	Guérison.....	Récid. ; 2e laparotomie 1 mois après. Lavage boriqué. Drainage pendant 6 jours. G.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
X.....	**Berger**.....	ALDIBERT, *loc. cit.*, p. 133.	M. 14	Ascitique généralisée.	0	Attouchem^ts avec éponge et naphtol camphré	Guérison.....	Le 12e jour fistulisation de la cicatrice. Ecoulem. citrin. G. 3 sem. après, constatée 6 mois plus tard.
XI.....	**Braun**.....	*Berl. klin. Woch.*, 1891, 356.	?	*Id.*	0	?	Guérison.....	?
XII.....	**Cabot**.....	*Bost. M. and. S. J.*, 1888, 121.	F. 3	*Id*	0	Drain. pendant 24 h.	Guérison.....	?
XIII.....	**Ceccherelli**.....	*Soc. ital. de chir.* 1887.	M. 11	*Id.*	Exam. histol.	Lav. au thymol.	Guérison.....	Récid. ; 2e laparot. un mois après. G.
XIV.....	**Clarke**.....	*Brit. Med. J.*, 1887, II, 996, et *Trans. amer. Assoc. of Obstet. and Gynæc.*, 1886, 48.	F. 13	*Id.*	Bacille.....	Lav. phén. 1 %.	Guérison.....	G. constatée 3 mois après.
XV.....	**Dorhn**.....	KUMMEL, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, 39.	F. 4	*Id.*	0	?	Guérison.....	G. constatée 1 an après.
XVI.....	**Howard Marsh**..	*Lancet*, 1887, II, 918.	F. 14	*Id.*	0	Lavage. teinture d'iode 1/1000.	Guérison.....	?
XVII....	**Ruskin Hancock**	*Brit. M. J.*, 1890, II, 1479.	F. 15	*Id.*	0	L^e eau bouillie. Drainage.	Guérison.....	G. constatée 6 mois après.
XVIII...	**Lindner**.....	*Berl. klin. Woch.*, 1891, 1154.	G. 5	*Id.*	Exam. histol.	?	Guérison.....	G. constatée 4 mois après.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XIX.....	**Domenico Morini**	*Raccoglitore med. Forli*, 1888, V, 444.	F. 13	Ascitique génér.	?	Lav. ac. salicyl. 3 %.	Guérison.....	?
XX.....	**Naumann**.....	*Jahrb. f. Kinderkr.* Bd XXX, Hft 1 et 2	F. 11	*Id.*	0	Lav. ac. salicyl. 3 %.	Guérison.....	Fistulis. temporaire de la cicatrice. G. constatée 10 mois après.
XXI.....	**Petri**.....	KUMMEL, *loc. cit*...	F. 14	*Id.*	0	?	Guérison.....	G. constatée 12 ans après. Pendant ce temps poussées de tuberculoses externes multiples
XXII....	**Roosenburg**.....	*Loc. cit*.....	F. 14	*Id.*	Exam. histol.	Pas de lavage	Guérison.....	G. constatée 2 ans après.
XXIII...	**Waitz**.....	*Assoc. méd. de Hambourg*, oct. 1888.	F. 5	*Id.*	0	Lav. boriqué.	Guérison.....	G. constatée 7 mois après.
XXIV...	**Pinard** et **Kirmisson**.	*Ann. de gyn.*, 1891, II, 171.	F. 3	*Id.*	0	Lav. boriqué	Guérison.....	?
XXV. ...	**Mayo Robson**...	*Lancet*, 1892, I, 598.	F. 15	*Id.*	Exam. histol.	Lav. boriqué.	Guérison.....	G. constatée 2 ans après.
XXVI...	**Berger**.....	ALDIBERT, *loc. cit*..	F. 12	Ascitique enkystée.	0	Attouchemnt. naphtol. camphré.	Guérison.....	G. constatée 7 mois après.
XXVII..	**Cabot**.....	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 121.	F. 16	*Id.*	Exam. histol.	Drainage....	Guérison.....	Fistule abdominale.
XXVIII..	**Ceccherelli**.....	*Loc. cit*.....	M. 13	*Id.*	.....	Lav.....	Guérison.....	?

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XXIX. .	**Ceccherelli**	*Loc. cit.*	F. 8	Ascitique enkystée	Bacilles.....	Lav.....	Guérison.....	?
XXX.. .	**Elliot**	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 493.	F. 14	*Id.*	Exam. histol. bacilles.	Ni lavage, ni drain.	Guérison.....	G. constatée 1 an ½ après.
XXXI...	**Lohlein**.....	*Deutsch. med. Woch.*, 1889, n° 32.	F. 15	*Id.*	Exam. histol.	Drainage....	Guérison.....	Fistule.
XXXII..	**Schmidt**.....	*Centr. f. Gyn.*, août 1889.	F. 14	*Id.*	0	Lav. sublimé drain. avec gaze iodoformée.	Guérison.....	G. constatée 9 mois après.
XXXIII..	**Tscherning**.....	*Vratch*, 1891, 378...	M. 5	*Id.*	0	?	Guérison.....	?
XXXIV..	**Tscherning**.....	*Loc. cit.*	F. 15	*Id.*	0	?	Guérison.....	?
XXXV...	**Jacobs**.....	*Clinique*, 1890, 418.	F. 3½	Fibreuse sèche	0	Lavage.	Guérison.....	G. constatée après 3 mois.
XXXVI..	**Keetley**.....	*Lancet*, 1890, II, 1026.	F. 16	*Id.*	0	Ni lavage, ni drain.	Guérison.....	G. constatée après un an.
XXXVII.	**Schmalfuss**	KUMMEL, *loc. cit*...	F. 16	*Id.*	Exam. histol.	Ni lavage ni drain.	Guérison.....	G. constatée après 6 mois.
XXXVIII	**Bradford**	*Bost. M. and S. J.*, 1888, 534.	M. 6	*Id.*	0	Drainage.	Guérison.....	G. constatée après 5 mois.
XXXIX..	**Schmitz**	*Cent. f. Gyn.*, 1891, 437.	F. 3	*Id.*	Exam. histol.	Attouc. avec iodoforme.	Guérison.....	G. constatée après 6 mois.
XL.....	**Caspersohn**.....	*Cent. f. Chir.*, 1890, 807.	M. 14	Ulcéreuse sèche.	Exam. histol.	Lav. sublimé	Guérison.....	G. constatée après un an.

	NOM DE L'OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	FORME	EXAMEN HISTOLOGIQUE INOCULATION	TRAITEMENT	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
XLI.....	**Miller**.....	*Edinb. M. J.*, 1890, II, 341.	F. 10	Suppurée général.	0	Lavage acide borique. Drainage 3 jours.	Guérison.....	?
XLII.....	**Wright**.....	*Lancet*, 1891, I, 364.	F. 1	Suppurée enkystée.	0	Lav. Drain.	Mort le 3e jour.	—
XLIII....	**Hartmann**.....	*Inédite.*	F. 9 ½	*Id.*	Inoculation.	Lavage acide borique. Drain.	Guérison.....	Fistule stercorale pendant 7 mois. G. constatée après 8 mois.
XLIV....	**Hedrich**.....	*Gaz. méd. Strasbourg*, 1890, 90.	M. 7	Suppurée périombil.	Exam. histol.	Gratt., chlor. de zinc. Drain.	Guérison après contre-ouverture.	Fistule stercorale persistante après 10 mois.
XLV.....	**De St-German**..	LAUNOIS, *France méd.*, 1882, II, 25.	F. 5	*Id.*	0	Lav. boriqué Drainage 3 semaines.	Guérison.....	?
XLVI....	**Hartley**.....	*Brit. Med. J.*, 1890, I, 136.	M 2 ½	*Id.* Avec fist.	0	Grattage....	Guérison.....	G. constatée après un an.
XLVII...	**Lannelongue**....	CAUSSADE, *Rev. mal. enf.*, 1888 p. 350.	M. 12	Supp. périhépat.	0	Résection du bord du thorax. Drain.	Guérison.....	?
XLVIII..	**Hartmann**.....	*Inédite.*	M. 6	Tubercul. mésent. ascit. minime	0	Lav. boriqué	Guérison.....	G. constatée après 9 mois.

Le tableau ci-joint, outre nos trois cas personnels renferme quarante-cinq observations. Sur ces 48 enfants laparotomisés, nous trouvons 46 guérisons et 2 morts immédiates soit une mortalité de 4,16 0/0. Parmi les guérisons un certain nombre n'ont pas été suivies et ne peuvent compter que comme succès opératoires, nous les laisserons de côté. Nous ne prendrons que celles qui ont été constatées après un an et plus; dans ce dernier groupe, nous trouvons 10 cas qui étaient guéris encore un an après et trois deux ans après, soit 11 guérisons sur 46 ou environ une sur quatre qui peuvent compter comme définitives.

On peut reprocher, à cette statistique, de comprendre des cas qui peuvent n'être que des péritonites chroniques simples. Il est donc nécessaire de faire un second triage et de ne faire entrer en ligne de compte que des péritonites démontrées bacillaires par l'histologie ou des inoculations bactériologiques. Notre tableau nous donne 18 cas qui offrent ces conditions de certitude. Or sur 18 cas, nous avons 18 guérisons dont deux se maintenaient après un an, trois après un an et demi, et une après deux ans : cela fait 6 cas sur 18 ou un tiers dont la guérison peut être regardée comme assurée.

Ces chiffres se passent de commentaires ; ils prouvent d'une façon éclatante que la laparotomie donne d'excellents résultats dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant.

Comment produit-elle ses résultats ? Quel est son mode d'action ?

Il est encore difficile de le déterminer exactement, malgré le très grand nombre d'hypothèses qui ont été émises sur ce sujet. Pour Lauenstein, la sécheresse et la lumière étant nuisibles au bacille, la laparotomie n'agirait que par la soustraction du liquide et l'exposition du péritoine à la lumière solaire. Pour Cameron, l'action curative s'obtient en enlevant les ptomaïnes qui résultent de l'évolution du bacille, s'accumulent dans le liquide ascitique, qui résorbées favorisent la propagation de la maladie dans d'autres organes. Pour van

de Warker, le tubercule déterminerait, par sa présence, un processus phlegmasique sur la séreuse et celle-ci enflammée deviendrait ainsi un excellent terrain de culture pour le bacille ; en combattant ce processus inflammatoire, on favoriserait la régression de l'infection spécifique. Pour Vierordt, l'incision agit surtout en combattant l'ascite : elle supprime les gênes circulatoire et respiratoire et fait cesser l'influence paralysante de la séreuse enflammée sur les muscles sous-jacents, faisant ainsi cesser l'auto-intoxication qui résulte de la rétention du contenu intestinal.

Le plus grand nombre des auteurs admet que la laparotomie favorise seulement la régression et la transformation fibreuse du tubercule, par un mécanisme, il est vrai, indéterminé. Cette manière de voir paraît réellement établie, car elle est démontrée par des autopsies faites plus ou moins longtemps après la laparotomie, à la suite de morts par maladies intercurrentes. Quant au mécanisme intime par lequel se fait cette transformation, il est encore incertain. On peut cependant supposer que les adhérences généralisées et étendues qui se développent rapidement sur le péritoine après l'opération (comme le démontrent de nouvelles interventions faites peu après les premières pour des récidives), entrent pour une large part dans la formation secondaire de cette sclérose périgranulique.

La laparotomie n'agit pas seulement par la soustraction du liquide car elle est curatrice dans les formes sèches aussi bien que dans les formes ascitiques ; elle n'agit pas non plus par l'emploi des lavages ou des poudres antiseptiques, car bien des succès ont été obtenus sans ces modificateurs. Elle paraît seulement favoriser le développement d'adhérences généralisées qui, comme nous l'avons dit, doivent jouer un certain rôle dans la transformation fibreuse ultérieure que subit le tubercule.

En tous cas, quel que soit le mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant, la seule que nous étudions ici, un fait est certain c'est qu'elle agit

réellement et d'une manière favorable. Faut-il se contenter de la simple incision ? Faut-il faire ensuite un lavage ? Faut-il drainer ? Autant de questions qui ne sont pas encore définitivement tranchées. Quant à nous, nous faisons suivre l'incision d'un lavage avec une solution boriquée. Ce lavage ne complique guère l'intervention et nous paraît rationnellement indiqué, car il assure l'élimination plus complète du liquide tuberculeux, fait important aujourd'hui que l'on sait que les bacilles même morts continuent à conserver une action délétère énergique (1).

Le drainage, à part le cas de péritonite suppurée, nous paraît, au contraire, contre-indiqué. Il est inutile et ne peut qu'être le point de départ d'infections secondaires, de fistules longues, etc.

Faite dans ces conditions, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant nous paraît destinée à assurer la guérison de nombreux malades.

Il ne faudra toutefois pas se laisser aller à opérer toutes les péritonites tuberculeuses que l'on observera. L'intervention n'est indiquée que lorsque l'état péritonéal semble occuper une place des plus importantes dans les manifestations tuberculeuses. Cette année même, nous avons refusé d'opérer deux enfants, l'un parce que les symptômes intestinaux étaient absolument rebelles à tout traitement méthodique, l'autre parce qu'il présentait quelques jours après son entrée dans le service des signes d'angine tuberculeuse aiguë. Dans les deux cas, la mort rapide en nous permettant de constater *de visu* l'existence d'ulcérations intestinales multiples ou d'une granulie, nous a montré que l'opération était bien réellement contre-indiquée. Au contraire, la fièvre et l'état cachectique bien loin de contre-indiquer l'opération, nous paraissent dans les cas où ils sont principalement en rapport avec l'état péritonéal une indication formelle et urgente à l'intervention quelle que soit la forme de péritonite en présence de laquelle on se trouve.

(1) STRAUSS et GAMALEIA. Contribution à l'étude du poison tuberculeux. *Arch. de méd. expérim.* Paris, 1er novembre 1891, t. III, p. 705.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE

Par **E. Bumm** (1).

Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

Lorsque, dans des cas de fièvre puerpérale qui ont eu pour résultat une infection générale et une issue funeste, on s'applique à déterminer la voie qu'ont suivie les germes pathogènes, on s'accorde à reconnaître comme porte d'entrée : l'*endométrium*.

Widal (2) a pu, dans 12 cas de septicémie puerpérale terminés par la mort, constater que 12 fois les germes étaient partis de l'endométrium que, pour ce fait, il dénomme *la porte d'entrée de l'infection*. De mon côté, dans 5 observations où il m'a été donné de me livrer sur les cadavres à des recherches minutieuses, j'ai fait les mêmes constatations. Dans tous les cas, l'endométrium m'a paru être le point spécial d'où était partie l'infection générale. A la rigueur, il ne sort rien de neuf de ces constatations ; toutefois, ces notions histologiques exactes viennent fortifier l'opinion admise que l'*endométrite est la compagne habituelle de la septicémie puerpérale et qu'elle comporte de grands dangers*. Fristch a, dans ces derniers temps, donné à cette notion une sanction pratique, par le fait qu'il conseille de débuter toujours, dans les cas de fièvre vive au commencement des suites de couches, par une irrigation intra-utérine (3).

L'importance capitale que possède, au point de vue de la généralisation de l'infection, la plaie de l'utérus puerpéral,

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XL. Hft 3, p. 398.

(2) *Etude sur l'infection puerpérale.* Th. de Paris, 1889.

(3) *Verhandl. der gynäkolog. Section des X internat. Congress zu Berlin*, 1890.

n'exclut pas cependant la possibilité de l'infection par une autre voie. De même que n'importe quelle solution de continuité à la surface du corps, les lésions, les plaies situées sur une région quelconque des voies génitales (périnée, vagin...), peuvent aussi être le point de départ d'un érysipèle, d'une infection générale. Mais, ordinairement, les processus développés au niveau du périnée, du vagin restent circonscrits dans ces régions. Lorsque le virus ne s'élève pas jusqu'à l'endométrium, les processus puerpéraux guérissent après avoir déterminé une réaction fébrile plus ou moins vive. Et même, dans les cas où la propagation s'est effectuée jusqu'à la cavité utérine, dans lesquels s'est déclarée une septicémie générale, les plaies des régions profondes, de mauvais aspect et qui manquent rarement, n'ont la plupart du temps qu'une importance locale. On trouve à la vérité dans les débris nécrotiques des plaies du vagin et du périnée, indépendamment de germes extrêmement nombreux, de véritables streptocoques, mais ils ne dépassent pas les limites des solutions de continuité et ne pénètrent pas dans les tissus environnants.

En ce qui concerne les voies suivant lesquelles les germes de l'infection, parties de l'endométrium, se portent plus loin et finissent par envahir l'organisme tout entier, on était déjà renseigné à une époque où l'on ignorait les véhicules spéciaux de l'infection : *les bactéries*. Nous connaissons depuis longtemps le développement dans les parois de l'utérus de thromboses suppurées, qui conduisent le virus septique directement dans le sang et donnent lieu à la forme classique de la pyémie puerpérale. On connaissait aussi les suppurations développées dans les espaces lymphatiques, qui propagent l'infection au paramétrium et au péritoine : *infection par les vaisseaux sanguins, infection par les vaisseaux lymphatiques*, telle était la notion ancienne qu'on trouve exposée dans tout traité d'accouchement, et qui manifestement est exacte, car, il est difficile d'entrevoir une troisième voie de l'infection.

Les perfectionnements considérables apportés dans la

technique microscopique nous permettent de reprendre ces notions générales, et de suivre de très près les processus délicats qui évoluent à l'occasion de la nidation et de la diffusion des micro-organismes dans le tissu utérin. Or, il ne faut pas croire que les recherches ont été souvent orientées dans ce sens. Abstraction faite de quelques remarques de Léopold (1), de Winckel (2), et de son disciple Hartmann (3), nous n'avons trouvé des notions précises sur l'état des microbes septiques dans le tissu de l'utérus puerpéral que dans le travail déjà cité de Widal (4). Et cependant, il nous importe beaucoup non seulement dans un sens spéculatif, mais à un point de vue éminemment pratique, d'être renseignés sur ce sujet. *La base de notre thérapeutique locale dans l'endométrite c'est le traitement de l'endométrium, et celui-ci repose essentiellement sur les idées que nous nous faisons de la nidation et de la pénétration des germes dans l'endométrium. Plus exactes et plus précises seront ces idées et plus aussi sera efficace notre action thérapeutique.*

II. — Formes de la maladie

Jusqu'ici, c'est en se basant surtout sur les modifications anatomiques, qu'on a décrit plusieurs formes de l'endométrite puerpérale (suppurée, croupale, diphtérique, putride, etc.), mais je crois qu'il est préférable, à l'exemple de Kehrer de baser cette classification sur les notions étiologiques. La classification devient alors très simple : A) *endométrite putride;* B) *endométrite septique.*

A) — *Endométrite putride.*

Sous cette étiquette, dans l'état actuel de nos connaissances, on range ces formes d'endométrite puerpérale dans

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd XX, S. 16.
(2) *Verhand. der deutsch. Gesells. f. Gyn. Congress*, 1886, S. 78.
(3) *Arch. f. Hygien.*, 1887, Bd VII.
(4) *Loc. cit.*

lesquelles — qu'il y ait ou non rétention de débris ovulaires — survient, sous l'influence de germes saprophytes, une décomposition de la caduque, mais sans qu'il y ait intervention de germes septiques. La décomposition peut intéresser seulement les couches superficielles de la caduque qui, les conditions étant physiologiques, sont expulsées sans avoir subi de travail de putréfaction ; mais, elle peut aussi s'étendre plus profondément. Les substances chimiques, produits de la putréfaction, résorbées dans la cavité utérine causent la fièvre et les autres symptômes de l'intoxication putride.

Nous ne nous occuperons pas dans ce travail de l'origine ou de la nature des germes de la putréfaction. Il s'agit toujours d'un mélange de bactéries, bacilles et coccus, qu'on peut ensemencer en grand nombre en utilisant les lochies fétides, mais dont l'étude exacte exige beaucoup de travail et de temps. Ils déterminent par leur développement sur des milieux nutritifs contenant des albuminoïdes tantôt de la putréfaction, tantôt des substances toxiques sans fétidité.

Il semble ressortir de l'observation clinique que les cas d'endométrite putride ne sont nullement rares. Et cependant, les recherches bactériologiques rigoureuses nous enseignent le contraire. En effet, dans la très grande majorité des endométrites après des avortements ou des accouchements survenus à terme, et qu'en raison de la fétidité des lochies et de la chute rapide de la fièvre après le curettage de la cavité utérine, on étiquette facilement endométrites putrides, on trouve, indépendamment des germes de la putréfaction, des micro-organismes septiques, ainsi des streptocoques, des staphylocoques pyogènes : somme toute, il s'agit alors de formes mixtes, d'endométrite septique et putride. Sur 11 cas d'endométrite, en apparence purement putride, je n'ai vu que dans 3 les germes pathogènes ne pas se développer. Et encore, même vis à vis de ces 3 faits négatifs, n'ai-je pas de certitude absolue, par la raison que je ne disposais que d'une très petite quantité de substance putride pour l'ensemencement.

Altérations histologiques. — La couche superficielle de la caduque est semée de nombreux organismes, bâtonnets, longs filaments, coccus de toutes dimensions. Ils sont souvent développés en colonies, qui couvrent complètement la substance fondamentale de la caduque. Aussi loin que les champignons pénètrent, et 0,1 millim. au delà, le tissu est frappé de *nécrose*, de dégénérescence vitreuse, trouble. Les noyaux ne se colorent plus. A cette zone, qui déjà, à l'œil nu, apparaît comme la couche interne graisseuse, décolorée de l'utérus, fait suite une *zone d'infiltration cellulaire*. Petites cellules, qui n'ont aucun rapport avec les éléments stables de la caduque, et qui, par tout leur aspect, se présentent comme des corpuscules sanguins décolorés, extravasés. Formant une couche épaisse de 0,3 à 0,5 millim., elles sont si intimement accolées les unes aux autres, qu'il ne reste presque plus rien de visible de la substance fondamentale. L'infiltration cellulaire cesse au niveau de la musculeuse. Ses faisceaux les plus superficiels sont bien çà et là dissociés encore par des amas de cellules, mais bientôt les lamelles musculaires reprennent leur aspect normal et leur disposition régulière.

Les micro-organismes ne pénètrent pas dans la couche de granulation, zone de réaction. — Il n'est pas douteux que l'infiltration de cellules rondes doit être considérée comme une sorte de réaction de l'organisme qui, ici, comme partout ailleurs, oppose aux germes une paroi granuleuse séparant ce qui est mort de ce qui est vivant, et écartant le danger (1).

(1) Il eût été intéressant, remarque l'auteur, de poursuivre l'état des germes de la putréfaction au niveau de l'insertion placentaire. On doit admettre que la masse, qui subit le processus de thrombose, aussi longtemps qu'elle ne s'est pas organisée, renferme des tissus morts ou profondément atteints dans leur vitalité, et qu'elle ne crée pas en conséquence un obstacle au développement des germes de la putréfaction. Survient-il dans l'endométrite putride une décomposition putride des éléments des thrombus au niveau de l'aire placentaire ? Faut-il chercher dans cette hypothèse la raison des élévations subites de la température et des frissons qui offrent une si grande analogie avec les phénomènes observés à la suite de l'injection de solutions

B) — *Endométrite septique.*

On désigne sous ce nom les cas d'endométrite puerpérale dans lesquels les microbes de la septicémie humaine ont élu domicile sur ou dans la caduque.

L'aspect anatomique, grossier de la muqueuse infectée varie beaucoup suivant les cas.

Dans les cas légers, on ne constate sur les fragments de muqueuse obtenus par le curettage rien de spécial, ou bien sa couche superficielle est légèrement jaunâtre, couverte de pus. Même dans les cas graves, les altérations de l'endométrium peuvent, à l'œil nu, ne pas paraître très étendues, tandis que, sous le champ du microscope, il apparaîtra comme farci de streptocoques. Souvent, dans les infections graves, il se forme des dépôts membraneux, ou bien le revêtement muqueux de la cavité utérine se trouve totalement transformé en une masse graisseuse, mal colorée, qui se laisse facilement détacher au bistouri de la musculeuse sous-jacente. Dans ces derniers cas, on constate la présence simultanée de nombreux germes de la putréfaction. Toutefois, si grandes que soient les différences, quand on les envisage au point de vue étiologique, les endométrites suppurées, croupales, putrides rentrent dans le même groupe, ce sont les diverses modalités cliniques de l'endométrite septique.

Mais c'est le streptocoque qu'on rencontre, de beaucoup le plus souvent, dans l'endométrite septique puerpérale. Cette proposition dont Czerniewski (1) a démontré l'exactitude pour les maternités, mes observations la démontrent également vraie quand il s'agit de la pratique privée. Parfois, indépendamment du streptocoque, on trouve les staphylocoques pyogènes, particulièrement le doré. *Je n'ai vu que deux fois des staphylocoques, seuls.* Il s'agissait de cas à évolution

putrides dans les veines des animaux en expérience ? C'est là un point que, faute de matériaux, l'auteur n'a pu élucider.

(1) Zur Frage der puerperalen Erkrankungen. *Arch. f. Gyn.*, B. XXXVIII, p. 73.

bénigne, ce qui concorde avec les données de Fehling (1) que les staphylocoques ne se rencontrent que dans les cas légers. Que le staphylocoque doré puisse cependant donner lieu à une infection générale mortelle, le fait n'en reste pas moins démontré par les observations de Brieger (2).

Czerniewski a trouvé le streptocoque seul dans 35 cas non terminés par la mort, et associé à d'autres espèces de bactéries dans 13. Je suis arrivé dans la pratique privée, où d'ailleurs les conditions de recherches sont beaucoup plus défavorables, à des résultats un peu différents. Je n'ai obtenu que dans 5 cas (dont 3 d'infection générale mortelle) des cultures pures de streptocoques. Dans 12 observations, les cultures sur plaques donnèrent, outre le streptocoque, quelques rares staphylocoques. Dans 8 cas, les germes de la putréfaction étaient en nombre extrêmement grand (forme mixte d'endométrite putride et septique). Deux se terminèrent par pénétration des streptocoques dans les veines thrombosées avec pyémie mortelle, consécutive.

a) *Endométrite septique localisée.*

Altérations histologiques des cas où l'infection septique se cantonne sur l'endométrium. — Si l'on pratique des coupes sur des fragments de muqueuse obtenus par le curettage dans des cas d'endométrite septique localisée, et qu'on traite les coupes obtenues par des méthodes qui permettent d'étudier en même temps l'état des tissus et celui des micro-organismes, on obtient des aspects histologiques qui ressemblent à ceux de l'endométrite putride. La couche la plus superficielle de la caduque est également semée de bactéries, et, au voisinage de la pullulation bactérienne, et même un peu au delà, en état de nécrose.

Indépendamment des germes de la putréfaction, plus ou moins nombreux suivant les cas, on aperçoit les formes

(1) *Die Physiol. u. Path. des Wochenb.*, 1890, p. 85.
(2) *Charité-Annalen.* XIII Jahrgang, p. 198.

caractéristiques des coccus en chaînette. Sur la préparation, la zone de l'invasion bactérienne ne s'accuse souvent que sous la forme d'un fin ourlet, coloré en bleu. Dans les points, où par le décollement des membranes, est restée une portion plus considérable de caduque, la zone nécrotique est plus épaisse. Tout le tissu trabéculaire de la zone spongieuse de la caduque est en certains points le siège de l'invasion bactérienne, et participe à la nécrose ; il se présente alors sous forme de débris villeux, opaques, qui sont farcis de microbes.

A la zone qui correspond à la pullulation bactérienne fait suite, aussi dans l'endométrite septique, localisée à l'endométrium, une *zone de réaction, d'infiltration de cellules rondes*. Suivant toutes les courbures, toutes les inflexions de la couche nécrotique, elle peut atteindre une épaisseur de 6 millim., et affecter les couches les plus profondes de la caduque et les plus superficielles de la musculeuse. Cette infiltration cellulaire varie beaucoup comme étendue sur les différents points d'une même préparation, mais, en général, elle est d'autant plus complète que le processus est plus ancien.

Les bactéries ne pénètrent pas dans la couche de granulation formée. Cette couche joue le rôle d'une barrière de protection contre les streptocoques, comme contre les germes de la putréfaction. Il faut donc attribuer la fièvre observée dans les cas d'endométrite septique, circonscrite, à la résorption de substances chimiques fabriquées au niveau de la couche nécrotique par les streptocoques ou les staphylocoques.

Par quel mécanisme, dans cette forme de l'endométrite puerpérale, s'opère la guérison, je n'ai pu le découvrir sur les préparations. Il est probable qu'après avoir empêché l'invasion plus profonde des germes septiques, et permis aux tissus frappés de nécrose de se séparer pour s'éliminer avec les lochies, la paroi granuleuse rétrocède, et que la régénération s'accomplit aux dépens de ce qu'il restait du stroma. Le revêtement épithélial se reconstitue sans doute à l'aide

des restes de cellules épithéliales qu'on retrouve dans les points profonds de la muqueuse infectée, et qui sont assez souvent bien conservées. (*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société obstétricale et gynécologique de Paris

Séance du 14 *avril* 1892.

Présentations. — Charpentier. 1) **Œuf de six semaines expulsé dans son entier**, à la suite d'une injection intra-utérine antiseptique que s'était administrée la femme elle-même.

2) **Exemple de dégénérescence fibro-graisseuse du placenta,** provenant de l'accouchement d'un fœtus mort-né de 3 mois, retenu depuis le même temps dans la cavité utérine.

Maygrier. **Placenta pesant 680 gr. et présentant au niveau de l'insertion du cordon une ectasie de la veine ombilicale du volume d'un œuf de pigeon, l'enfant ne pesait à sa naissance que 1780 gr.** — A l'occasion de ce fait, l'auteur formule les conclusions suivantes : 1) il y a une évidente disproportion entre le fœtus et le placenta ; le premier ne pesait que 1780 gr., alors que le second a le volume et les dimensions du placenta à terme, le fait a par lui-même une certaine importance au point de vue médico-légal.

2° Le fœtus, bien que petit, est vivace et présente certains des caractères d'un fœtus arrivé près du terme, l'ossification de son crâne en particulier. L'époque exacte du début de la grossesse n'ayant pu être déterminée, on peut se demander si cet enfant n'est pas plus avancé en âge que son poids ne semble l'indiquer.

Ajoutons qu'il n'a nullement souffert depuis sa naissance. Il tette vigoureusement et augmente chaque jour de poids.

3° Dans ces conditions, n'y a-t-il pas lieu de penser que le développement du fœtus a pu être entravé par la gêne circulatoire consécutive à l'ectasie veineuse située sur le trajet de la veine ombilicale ? Nous posons la question sans la résoudre, mais cette hypothèse nous paraît vraisemblable.

POITOU-DUPLESSY. — 1) **Présentation de la face. Position mento-postérieure persistante.** — X..., primipare, 32 ans, présentation de la face en M. I. G. P. L'auteur a été appelé à intervenir une quarantaine d'heures après le début du travail. Les eaux étaient écoulées depuis plusieurs heures. Il dut faire 2 applications successives de forceps, entre lesquelles il laissa un intervalle assez long. Par la première application, la petite courbure de l'instrument étant dirigée vers la cuisse droite de la parturiente, il transforma la position en mento-transversale, puis termina par une seconde application, la petite courbure du forceps regardant cette fois vers la cuisse gauche. L'auteur insiste sur ce point, qu'*il a procédé avec une lenteur extrême et avec de grands intervalles de repos*. Ce qui lui a été possible surtout à cause de l'anesthésie obtenue et pour laquelle il emploie une méthode spéciale.

2) **Nouveau procédé d'anesthésie mixte.** — Cette méthode que l'auteur applique avec avantages, depuis deux ans, consiste dans l'emploi successif de deux anesthésiques différents : *a*) le bromure d'éthyle ; *b*) le chloroforme.

Verser sur le cornet (1) extérieur modifié, le bromure d'éthyle assez largement (*bien que goutte à goutte*). Faire reposer pendant 2 à 5 minutes. Dès que la malade commence à perdre (*sans excitation*) le sentiment des choses extérieures, substituer le chloroforme, versé sur le même cornet, d'une façon méthodique (10 à 15 gouttes par 1/4 de minute). On obtient assez vite l'anesthésie, quelquefois directement, quelquefois en traversant une période d'excitation *très modérée* et *très courte*.

Bientôt on a la résolution musculaire complète, l'abolition des réflexes (réflexes palpébral, cornéen, etc.), et il ne reste plus qu'à entretenir cette anesthésie, en versant sur le cornet quelques gouttes de chloroforme, en moyenne 5 à 6 par 1/4 de minute (= 1/3 à 1/2 centim. cube par minute) (2).

Discussion. — CHAMPIONNIÈRE a exposé et abandonné comme dangereux les procédés complexes d'anesthésie. Bien que très disposé à expérimenter la méthode de M. Poitou-Duplessy, il estime que l'exposé théorique invoqué est très attaquable. De sa vie, il

(1) Le cornet employé, c'est le cornet de la marine légèrement modifié.

(2) L'auteur a fait précéder cette description de sa méthode de l'exposition des dangers associés à la méthode ordinaire de l'anesthésie chloroformique ainsi que des procédés divers imaginés pour les prévenir.

n'a observé la syncope cardiaque que l'auteur vise particulièrement, et, d'accord avec Vulpian, il ne croit qu'à la réalité de la syncope respiratoire. En ce qui concerne le bromure d'éthyle, il l'a essayé, et cet anesthésique lui a paru irritant pour la muqueuse respiratoire. A raison de 40 gouttes de chloroforme pour établir l'anesthésie et de 20 gouttes pour l'obtenir, Poitou-Duplessy dépense 80 grammes de chloroforme à l'heure, c'est-à-dire une dose supérieure à celle de l'anesthésie courante. Pajot a, depuis 50 ans, appliqué ou fait appliquer le chloroforme aux femmes enceintes ou en travail plusieurs centaines de fois. Il emploie le cornet de la marine en recommandant de ne pas l'appuyer sur la face de façon à largement assurer l'accès de l'air. Dès que l'anesthésie est produite, il fait supprimer l'appareil jusqu'à ce que la femme indique par un grognement qu'elle va se réveiller. Il fait donner le chloroforme à la manière de Simpson, commençant par d'assez fortes doses qui suppriment la période d'excitation et continuant par des doses faibles. En suivant ces préceptes, il n'a eu d'accidents qu'une fois pour une intervention qui ne regardait pas l'obstétrique, encore l'accident se borna-t-il à une simple alerte. Poitou-Duplessy tout en reconnaisssant que la syncope respiratoire est la plus fréquente, persiste à croire à la réalité de la syncope cardiaque, accident du début de l'anesthésie. Il est convaincu que le bromure d'éthyle n'a pas seulement pour effet de prévenir les accidents graves de l'anesthésie, mais qu'il diminue les vomissements pendant et après l'opération ; qu'en somme avec cet agent, l'anesthésie est plus rapide, plus facile et d'excitation moindre.

Loviot. — 1) **Accouchement gémellaire artificiel à 5 mois, 5 mois 1/2 de grossesse environ chez une primipare de 40 ans. Premier fœtus se présentant par l'épaule profondément engagée dans le vagin, le second mobile et sans présentation. Double version podalique. Enfants du même sexe (deux garçons) ayant survécu, l'un deux heures, l'autre quarante-huit heures. Arrière-faix complètement distincts. Expulsion du placenta et des membranes du premier œuf, le second était encore intact.**

2) **Accouchement gémellaire artificiel à 8 mois 1/2 environ de grossesse chez une secondipare. Fœtus mobiles sans présentation. Double version podalique. Garçon et fille vivants. Poids total des enfants 3,150 grammes, le garçon pesant 125 grammes de plus que la fille. Masse placentaire unique sans pont membraneux. Enfants élevés au**

sein, la fille par la mère, le garçon par une nourrice. Cloisonnement constitué par 4 feuillets.

L'auteur a relaté ces 2 faits d'accouchement gémellaire artificiel surtout en raison de la disposition des arrière-faix et du sexe des enfants. Dans le premier cas, arrière-faix entièrement distinct, 2 garçons; dans le second, masse placentaire unique, cloison à 4 feuillets, fille et garçon. Mais la masse placentaire unique à l'œil nu n'implique pas l'existence d'une circulation commune et il est très vraisemblable, vu la cloison complète, qu'il n'y a qu'accolement des 2 œufs. L'auteur regrette de ne pas s'en être assuré en injectant les 2 cordons. Dans les deux faits, très probablement, deux ovules appartenant à deux vésicules distinctes du même ovaire (ce qui est le plus ordinaire) ayant été fécondées, les œufs auxquels elles ont donné naissance sont restés en simple relation de voisinage dans le premier cas, tandis qu'ils se sont juxtaposés très intimement dans le second.

Ces dispositions en apparence très différentes des deux arrière-faix ne constituent en réalité que des nuances et relèvent de la même cause. Deux vésicules de Graaf appartenant à un seul ovaire, arrivent simultanément à maturité, subissent leur évolution et laissent échapper chacun un ovule, total : deux ovules.

Conséquemment il n'y a aucune relation à établir, dans l'espèce, entre le sexe des enfants et la disposition des œufs, les deux œufs séparés auraient pu contenir des fœtus de sexe différent et les œufs accolés des fœtus du même sexe comme cela s'est vu en maintes circonstances.

3) **Septicémie générale consécutive à la rétention d'un fœtus putréfié. Physométrie. Tête fœtale spontanément expulsée, tronc retenu. Décollation extra-vulvaire. Dégagement artificiel des deux bras. Extraction du fœtus. Mort de la femme.** — Quand l'auteur fut appelé la situation était déjà perdue. L'œuf était ouvert depuis plusieurs jours, le fœtus mort et putréfié. La parturiente, primipare de 25 ans, avait une fièvre vive, de la dyspnée..... la tête fœtale était expulsée, le tronc retenu. Il fallut pratiquer d'abord la section du cou pour pouvoir aller saisir et dégager les deux bras afin de diminuer le volume des épaules et avoir une prise solide pour exercer des tractions méthodiques. Malgré les soins antiseptiques rigoureusement donnés au cours de cette intervention laborieuse, la mort par septicémie survint en quelques heures.

4) **O.I.D.P. chez une primipare à terme. Réduction manuelle. Application de forceps. Enfant vivant, fille de 3,975 grammes. Fluxion bimammaire très intense chez le nouveau-né, résolution.**

5) **Extraction manuelle d'un arrière-faix retenu depuis 27 heures et en voie de putréfaction. Septicémie commençante. Guérison.** — L'observation montre que la putréfaction de l'arrière-faix peut commencer à se produire et à faire sentir ses effets moins de 24 heures après l'expulsion du fœtus et qu'une antisepsie relative et incomplète est impuissante à la conjurer; d'autre part, qu'une trop longue temporisation est illogique et dangereuse, la délivrance ou l'extraction artificielle devant être pratiquée beaucoup plus tôt.

6) **Application de forceps ayant sauvé la vie à sept personnes, l'accoucheur y compris.** — L'auteur n'a pas cru nécessaire de préciser s'il s'était servi d'un forceps ordinaire ou d'un forceps à tractions suivant l'axe. Il eût peut-être fourni un argument original à l'un des partis irréconciliables de ces 2 espèces de forceps. En réalité, le secret du titre singulier de cette observation réside dans le fait que l'auteur, malgré les résistances d'une parturiente, dégagea avec le forceps une tête qui, depuis deux heures, était sur le périnée. Or, cette extraction a permis de quitter et de faire quitter à la femme l'endroit où s'était effectué l'accouchement, endroit qui fut peu après particulièrement mis à mal par une explosion de dynamite. « *Tout est bien qui finit bien !* » R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Hydrocèle de la femme. (Ueber hydrocele muliebris), W. Wechselmann. *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, t. XLIII, fasc. 3, p. 578.

A l'occasion de deux faits opérés par Madelung, l'auteur passe en revue les observations anciennement publiées sous le nom d'hydrocèle chez la femme, et dues à l'accumulation de liquide dans le canal de Nuck imparfaitement oblitéré. Il réunit ainsi 61 cas. A ce propos il montre que, malgré la thèse relativement récente de Rabère, les investigations anatomiques modernes n'ont pas confirmé celles qui, en 1865, avaient conduit S. Duplay à nier

l'existence du canal de Nuck. Il termine par une étude clinique et thérapeutique de ces hydrocèles, dont l'extirpation antiseptique est le meilleur traitement.

A. B.

Hémorrhagie mortelle par varices vulvaires. (Tœdtliche Blutung bei einer Hochschwangeren aus einem varix der vulva, sectio cæsarea post mortem), NAHMMACHER. *Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 42, p. 968.

Observation d'une femme de 35 ans, VI pare qui, lavant du linge, tomba sans que l'on sache comment, et qui mourut d'hémorrhagie génitale, en moins d'une heure, au dernier mois de sa grossesse. Nahmmacher pensa à une hémorrhagie utérine, peut-être par placenta prævia, mais la malade mourut entre ses mains 5 à 6 minutes après son arrivée. Il fit alors avec la plus grande rapidité possible l'opération césarienne, mais l'enfant était mort. Il eut après cela le loisir de chercher la source du sang; il la trouva dans une plaie d'une grosse varice vulvaire. Il croit à une lésion traumatique que la femme se serait faite au moment de la chute, en tombant probablement sur un pieu.

A. B.

Hémorrhagie des organes génitaux. (Pudendal hæmorrhage), F. FLINTERMANN. *Medical Standard.* Chicago, août 1889, p. 41.

Cet article traite des hémorrhagies venant des organes génitaux externes : elles sont graves en raison du tissu érectile qui leur donne naissance ; et leur véritable origine est souvent méconnue, malade et médecin les prenant pour des hémorrhagies utérines. Elles reconnaissent comme étiologie les manœuvres obstétricales, une chute sur le périnée, un coït intempestif, etc... Aussi l'auteur conseille-t-il dans tous les cas douteux de se rendre compte *de visu* de la provenance de l'écoulement sanguin. P. N.

Hémorrhagie vulvaire ou vaginale chez le nouveau-né. (Vulvar or vaginal hemorrhage in the newly-born), par S. BUSCY, de Washington. *Amer. J. of Obst.*, 1891, p. 495.

La variété la plus fréquente, est la sueur hematica précoce. La seconde variété est constituée par des pertes irrégulières, ne se reproduisant plus au delà du dix-huitième mois et ne s'accompagnant d'aucun attribut de la puberté. La troisième est caractéri-

sée par une hémorrhagie réellement vulvaire ou vaginale qui ne se produit pas après le premier mois.

L'auteur rapporte un cas de cette dernière variété, il en a déjà cité un, en 1874, dans l'*Am. Journ. of Obs.*, vol. VI, p. 46.

L'enfant qui fait le sujet de la dernière observation vint au monde asphyxié, présenta au cinquième jour une hémorrhagie vulvaire, qui dura quelques heures. Buscy fit faire des applications d'alun et administrer deux gouttes de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, toutes les 4 heures. Elle se remit parfaitement.

L'auteur attribue cet accident à la faiblesse de l'enfant, né avec des circulaires autour du cou.

L'auteur cite le travail de Puech, publié dans la *Gazette obstétricale.* A. C.

Deux cas d'hématome vulvo-vaginal. (Ematoma vulvo-vaginale, due casi), par Decio. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, févr. 1890, p. 103.

Dans la première observation l'accouchement fut très rapide, l'enfant vint par la tête ; chez la deuxième femme également primipare, l'enfant se présenta par les fesses et le travail fut très long. Dans les deux cas pas de traces de varices. L'auteur pense que celles-ci ne jouent pas toujours un rôle capital. Ainsi dans l'accouchement précipité la distension du périnée étant trop rapide, un de ses vaisseaux peut se rompre ; de même dans le cas d'accouchement prolongé le simple arrêt circulatoire suffit évidemment pour déterminer la rupture d'un vaisseau sans varices préalables. Hervieux, Perret, Dubois et Laborie ont cité des faits analogues.

P. Mauclaire.

Éléphantiasis du clitoris et fistule vésico-vaginale de cause non traumatique chez une femme syphilitique. (Elefantiasi del clitoride e fistola vesico vaginale da causa non traumatica in donna sifilitica), par Lauro. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 194.

Les causes invoquées pour expliquer l'hypertrophie du clitoris sont très nombreuses : un vice de conformation, l'onanisme, l'abus du coït, la syphilis et l'éléphantiasis. Dans l'observation qu'il rapporte, Lauro fait intervenir des ulcérations répétées, des blennorrhagies fréquentes, la syphilis, les excès de coït, l'onanis-

me, etc., avoués par la malade. La clitoridectomie fut faite au bistouri et la guérison fut rapide. P. MAUCLAIRE.

Lupus hypertrophique et perforant de la vulve. H. HŒBERLIN. *Archiv. f. Gyn.*, Bd XXXVII. Hft 1, p. 16.

Hœberlin donne d'abord l'observation d'une jeune femme de 27 ans. Il faut lire dans l'original le détail des lésions étendues qui avaient envahi vite la vulve, le périnée et le rectum. Une partie de la tumeur fut enlevée pour être examinée histologiquement. On y a trouvé un tissu de granulation assez semblable à celui des gommes syphilitiques, mais ni bacille, ni follicule tuberculeux. La marche de cette affection rare est très lente. Le pronostic au point de vue de la guérison est très défavorable. Le seul traitement efficace, c'est l'ablation ou la cautérisation de tout le mal ; mais, il n'est pas toujours applicable. P. DELBET.

Recherches cliniques et histologiques sur le lupus de la vulve. (Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvæ), VIATTE. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 3, p. 474, et *Cent. f. Gyn.*, 1872, n° 2, p. 47.

L'auteur décrit minutieusement 2 cas de lupus vulvaire. Dans le 1er cas, existaient au niveau de la vulve 3 ulcères qui détruisaient en profondeur les tissus du voisinage et avaient créé des trajets fistuleux. A la périphérie des ulcères, et en des points plus éloignés, se voyaient des hypertrophies cutanées polypiformes. Le diagnostic de « *lupus vulvaire* » fut confirmé par l'examen microscopique : les polypes étaient constitués par du tissu connectif œdémateux, finement fasciculé, riche en vaisseaux avec des proliférations cellulaires périvasculaires ; mais il ne contenait ni cellules géantes, ni foyers caséeux, ni bacille de la tuberculose. Par contre, les ulcères renfermaient le bacille pathognomonique. Le cas 2 était absolument semblable, si ce n'est que le bacille en question faisait défaut dans les ulcères. Pas de syphilis à invoquer. Dans les 2 cas, l'évolution de l'infection fut la même : opérations répétées, raclage, cautérisation, extirpation, excision, mais toujours avec un résultat passager, récidive constante.

Les injections avec la tuberculine de Koch provoquèrent la réaction connue dans l'un des cas, mais pas dans l'autre. Elles n'amenèrent pas la guérison. R. L.

Épithélioma primitif de la grande lèvre droite chez une femme syphilitique âgée de 46 ans. Ablation au thermocautère. A. BELLENGHIEN. *Journal des sciences médicales de Lille*, n° 30, p. 85.

Ces tumeurs seraient plus fréquentes qu'on ne le croit puisque le Dr Maurel a pu en rapporter 35 exemples dans sa thèse de 1888.

Le siège du néoplasme était ici à droite contrairement aux cas observés. La glande de Bartholin souvent incriminée doit être mise hors de cause dans ce cas, car il s'agissait d'un épithélioma à globes épidermiques qui peut bien se développer aux dépens de la peau ou d'une muqueuse, mais jamais aux dépens du revêtement interne des glandes.

Le point de départ a peut-être été une plaque muqueuse ayant déterminé un *locus minoris resistentiæ*. MAUCLAIRE.

Fibrome diffus des petites lèvres. (Fibroma diffusum of the Labia minora), par H. L. COLLYER, de New-York. *Am. J. of Obst.*, p. 1251.

La malade, âgée de 25 ans, n'avait eu qu'un enfant; elle a eu la syphilis. Trois ans avant d'entrer à l'hôpital, elle a reçu un coup de pied dans les parties génitales. La tumeur est pédiculée.

Collyer lui proposa de l'opérer, elle partit en disant qu'elle allait demander l'autorisation à son mari, elle ne revint pas.

L'auteur donne une chromolithographie de l'aspect de la tumeur dont il est difficile de donner une idée exacte sans gravure.

C. A.

Rupture centrale du périnée. Épisiotomie et épisiopérinéorrhaphie. (Rottura centrale del perineo. Episiotomia ed episioperineoplasticorafia), G. MARTA. *Monographie Venezia*, 1889.

Marta passe en revue les causes de cette variété de déchirure périnéale. Celles sur lesquelles la plupart des auteurs ont insisté sont les suivantes : hauteur exagérée de la symphyse pubienne (d'où direction vicieuse de la vulve), la forme, l'extensibilité particulière du périnée, défaut d'inclinaison du bassin et surtout du sacrum et du coccyx. Dans le cas qu'il rapporte le périnée était peu élastique, rigide même au niveau de la commissure inférieure où un tissu cicatriciel empêchait la dilatation de l'anneau vulvaire. Le traitement à employer serait, d'après l'auteur, l'incision du

périnée jusqu'à la commissure (épisiotomie) puis la suture comme dans une périnéorrhaphie ordinaire.

P. MAUCLAIRE.

Proposition d'une modification opératoire à la périnéorrhaphie à lambeaux. (Operative Vorschläge), H. STRATZ. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 14, p. 233.

La périnéorrhaphie à lambeaux, procédé de Tait, est supérieure aux autres méthodes. Elle a cependant quelques défectuosités (tiraillement exagéré du plancher pelvien, difficulté pour l'opérateur d'apprécier le tissu en excès qu'il serait utile d'exciser). Ces défectuosités, d'après l'auteur, tiennent à ce que le chirurgien opère, pour ainsi dire, à l'aveugle. Pour supprimer cette condition défavorable, il procède de la façon suivante : S'agit-il d'une déchirure étendue mais non complète, il fait, à partir des points dont la réunion doit correspondre à la commissure postérieure, future, deux incisions qui vont se réunir angulairement sur la ligne médiane, un peu en avant de l'anus. Cela fait, il décolle la paroi vaginale avec le doigt, aussi haut qu'il est nécessaire. Puis il saisit cette paroi vaginale décollée, entre deux longues pinces, très rapprochées l'une de l'autre, et incise sur la partie médiane. La section opérée, on a ainsi deux lambeaux postérieurs, qu'on enroule autour des pinces, manœuvre qui a pour effet de découvrir le champ opératoire, d'une façon très nette, et qui ne s'accompagne d'aucune hémorrhagie. En beaucoup de cas, le cul-de-sac de Douglas vient faire une saillie arrondie dans l'écartement des lambeaux, et l'on réussit le plus souvent à le séparer des tissus voisins et il est possible, quand il est trop spacieux, lorsqu'il existe une rétroversion, de le réséquer ou d'en produire l'atrophie, par l'application de quelques sutures.

Pour terminer, si l'on a soin de dérouler lentement les lambeaux, le chirurgien peut, soit les réunir, soit en réséquer, suivant les indications, une portion plus ou moins considérable.

Dans les cas de rupture complète, le principe de la méthode est le même. Seulement, on commence par inciser en avant les limites de la muqueuse intestinale, puis des deux points extrêmes on dirige en avant et en dehors deux incisions qui se terminent aux points, dont la réunion forme la commissure postérieure. On termine comme dans le cas précédent. R. L.

Corps étranger du vagin. (Zur Casuistik der Fremdkœrper in der Vagina), par C. HABIT. *Wien. med. Presse*, 1891, n° 10, p. 373.

Histoire d'un pessaire spécial, pessaire de Breisky, oublié pendant 5 ans dans le vagin d'une femme de 63 ans, et retiré à l'aide d'une pince spéciale, sorte de forceps, recommandée par l'inventeur du pessaire.

Oblitération du vagin, pathologie et traitement. (On atresia of the vagina, its pathology and treatment). TH. M. MADDEN. *Lancet*, Lond., 1890, p. 238.

Après avoir rappelé les principales observations d'oblitération du vagin, accompagnée la plupart du temps de rétention des règles, l'auteur se range aux conclusions suivantes, établies par Graily Hewit : deux cas se présentent, suivant qu'il y a ou non des signes de rétention menstruelle. Si oui, il faut opérer, en suivant l'intervalle qui sépare le rectum de la vessie, ce qui n'est pas toujours facile ; si non, il faut s'abstenir, quand bien même l'exploration par la vessie, le rectum et la paroi antérieure de l'abdomen aurait fait reconnaître la présence de l'utérus. Celui-ci et ses annexes peuvent en effet présenter des malformations diverses, causes de l'absence de règles. Dans ce cas il n'y aura pas d'accidents, et mieux vaudra ne pas opérer, malgré l'opinion d'Edis qui pense que quand le vagin manque, il faut le créer, et le maintenir.

L. FAURE.

Cicatrices vaginales multiples. (Cicatrici vaginali multiple), DECIO. *Annali di Ostet. e Ginec.* Milano, mars 1890, p. 233.

L'utérus était en rétroversion, le col encapuchonné par de nombreuses brides cicatricielles partant de la paroi postérieure et des parois latérales, ces brides furent rompues sous le chloroforme et l'utérus replacé en position normale. Mais les troubles hystériques, des adhérences et la rétroversion reparurent rapidement.

P. MAUCLAIRE.

Rupture du vagin pendant l'accouchement. (Ein Fall von spontaner perforirender Scheidenzerreissung, mit vollstœndigem Austritt des Kindes und der Placenta in die Bauchhœhle, Genesung), par EVERKE. *Berl. klin. Woch.*, 30 juin 1890, n° 26, p. 591.

Cette rupture eut lieu, sans aucune intervention instrumentale, chez une femme de 31 ans, scoliotique depuis l'âge de 14 ans, mais qui en était à son 7e enfant. Pour le premier seul le forceps avait été nécessaire. La déchirure, très étendue, avait laissé l'enfant passer dans la cavité péritonéale, d'où il fut extrait par Everke. L'hémorrhagie était intense, le collapsus grave, les douleurs violentes. La déchirure, qui siégeait sur la paroi postérieure du vagin, fut suturée ; le vagin fut tamponné à la gaze iodoformée. La femme guérit, avec un utérus normal, des ligaments larges souples et des règles régulières. A. B.

Contribution à l'histoire clinique des déchirures du vagin durant le coït. (Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus), HIMMELFARB. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° 22, p. 395.

En général, on a beaucoup contesté la possibilité de la production de déchirures vaginales par le coït, chez les femmes dont les organes génitaux sont normaux. Et l'on a été plutôt enclin à les rapporter à des circonstances que les malades préfèrent tenir cachées. Cependant, on a cité récemment des faits qui semblent démontrer la production de ces lésions durant le coït (Zeiss, Frank). A ces faits l'auteur ajoute une observation nouvelle.

Une femme de 24 ans, mariée depuis peu, aurait eu, à la suite du premier coït, une hémorrhagie abondante et, depuis ce moment, aurait ressenti de vives douleurs dans le bas-ventre. Malgré l'hémorrhagie persistante, et les douleurs dont ils s'accompagnaient, le mari n'avait pas voulu cesser les rapports sexuels. De ce fait, exacerbations des douleurs et accidents. A l'entrée à l'hôpital, la femme, quoique d'une forte constitution, paraît très affaiblie. Elle a de la fièvre, une anorexie absolue, et accuse des douleurs abdominales spontanées, et des douleurs en urinant. La région périuréthrale est congestionnée, et il s'écoule par la vulve du sang fétide, décomposé. En outre, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du vagin, au point où la paroi postérieure se continue avec la paroi gauche, on constate une perte de substance, à bords lisses, à fond déchiqueté, il en existe une autre dans le cul-de-sac postérieur. Tous les culs-de-sac sont résistants et extrêmement douloureux ; la portion vaginale est à peine reconnaissable. *Mort*, malgré les lavages antiseptiques et le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée, le 11e jour après son entrée à l'hôpital, avec des signes de collapsus cardiaque.

Autopsie : Elle permit de constater : deux pertes de substance du vagin, qui constituaient de véritables solutions de continuité et qui s'ouvraient directement dans le paramétrium gauche ; une augmentation et une infiltration œdémateuse de l'utérus ; la présence dans la paroi antérieure de la portion supra-vaginale du col d'un abcès, du volume environ d'une noix ; un épaississement de la paroi vésicale antérieure, et une infiltration sanguine entre cette paroi et l'enveloppe séreuse. La cavité pleurale contenait une certaine quantité de pus fétide, et les deux poumons étaient le siège d'abcès petits et très nombreux. Rate augmentée d'un tiers de son volume, et d'une coloration sombre, ardoisée ; en résumé : *déchirures du vagin, para et périmétrite aiguës, pyémie consécutive.*

R. L.

Emphysème vaginal. (A case of vaginitis withgirs cysts, or so called « emphysematous vaginitis »), ERNEST HERMAN. *The Lancet*, 6 juin 1891, p. 1252.

Une nullipare de 28 ans, mariée depuis 9 ans, a subi il y a 6 mois une dilatation du col pour dysménorrhée. Rien au vagin à cette époque. Depuis 3 semaines elle souffre et a des pertes roses. On sent une grosseur à droite de l'utérus, les parois du vagin sont inégales et comme semées de nodules durs, nombreux surtout en arrière et en haut. Vus au spéculum ils ont une coloration gris noirâtre ; ce sont des vésicules de la grosseur d'un grain de chanvre jusqu'à celle d'un pois. Quand on pique une vésicule, elle s'affaisse avec un petit bruit sec, mais sans qu'aucun liquide s'écoule. Quand on verse de l'eau dans le spéculum et la cavité du vagin, et qu'on pique une de ces vésicules, une petite bulle gazeuse émerge de l'eau. On vida ainsi toutes les vésicules visibles. Il n'y en avait aucune sur le col de l'utérus. 8 jours après ces vésicules n'avaient point reparu, et les pertes avaient cessé. La grosseur perçue à droite de l'utérus et qui devait être une trompe enflammée avait aussi disparu. Le mari soigneusement interrogé ne présentait aucune trace d'affection des organes génitaux.

On ne trouve aucun cas semblable dans la littérature médicale anglaise. M. Gervis a décrit à la Société obstétricale de Londres un cas de vésicules semblables siégeant sur le col de l'utérus ; mais le vagin était absolument intact.

Dans la littérature allemande on trouve au contraire quelques

cas analogues. Braun le premier a décrit de semblables vésicules aériennes du vagin chez une femme enceinte. Il y avait en même temps une blennorrhée.

En 1871 Winckel décrit cette affection et lui donne le nom de « colpo-hyperplasie kystique ». Il en a publié 3 cas, tous 3 chez des femmes enceintes présentant un catarrhe vaginal ; quelques-uns des kystes contenaient un liquide séreux ou sanguinolent. Näcke en décrit aussi 3 cas.

Pour lui il s'agit de petites fissures du vagin, l'air en quelque sorte aspiré par le vagin pénètre dans ces fissures dont les bords guérissent ensuite et se rejoignent, emprisonnant le gaz. Eppinger accepte à peu près cette théorie et fait de cette affection une forme spéciale d'emphysème.

Chenevière a vu et décrit 3 cas absolument semblables à ceux de l'auteur et n'en différant que parce qu'il s'agit dans les 3 de femmes enceintes. Il adopte lui aussi la théorie de l'emphysème.

Zweifel en décrit aussi 3 cas chez des femmes enceintes, il met en doute les rapports de cette affection avec la gonorrhée. Des recherches cliniques qu'il a entreprises sur le contenu des vésicules, il conclut que le gaz qui est enfermé est de la triméthylamine ; pour lui ce gaz est normalement formé par les glandes vaginales ; que leur conduit vienne à se boucher, les vésicules se constituent.

Schrœder croit que les vésicules se forment sous l'influence d'une hyperhémie vaginale due à la grossesse ; les sécrétions de follicules se décomposent, d'où formation de gaz.

L'auteur se rallie à l'opinion de Schrœder.

Kystes du vagin. Decio. *Annali di ost. e ginec.*, Milano, mars 1890, p. 231,

1re observation. — Kyste ayant pour origine un repli de la muqueuse d'après l'auteur.

2e observation. — Kyste latéral gauche, suppuré, compliquant une grossesse au troisième mois. Ce kyste présentait la grosseur d'un œuf de dinde ; l'incision donna lieu à une quantité considérable de pus. La guérison fut parfaite sans que la grossesse fût interrompue.

3e observation. — Kyste gazeux. A l'examen au spéculum on note sur la paroi antérieure du vagin près du col, un kyste gros comme une petite noix, qui donnait lieu à de la crépitation ; il s'affaissa de lui-même. P. Mauclaire.

Fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin. (Entfernung eines kindeskopfgrossen Fibromyom der vorderen Vaginalwand durch elastische Ligatur), HOFMOKL. *Wien. med. Presse,* 1891, n° 32, p. 1229.

Femme de 49 ans ; a eu il y a 15 ans, une adénite suppurée de l'aine gauche. En 1883, prolapsus du vagin pour lequel elle porta jusqu'en 1890 un pessaire.

Se présente le 3 juin 1891 pour un écoulement de sang du vagin. A l'examen, on trouve à 5 centim. au-dessus du vestibule du vagin resté normal, une tumeur des dimensions d'une tête d'enfant, dépendant de la paroi antérieure du vagin. La tumeur est rouge, couverte par la muqueuse lisse au-dessous de laquelle on voit un grand nombre de veines dilatées, résistantes et presque fluctuantes. L'utérus ne peut être atteint; la vessie paraît déplacée en haut. Le toucher rectal et l'exploration bimanuelle ne fournissent aucun renseignement.

Après une ponction exploratrice qui donne issue à du sang pur, et l'incision de la tumeur, on pénètre dans une cavité des dimensions d'une noix, inégale, rugueuse, cloisonnée. L'examen microscopique d'une parcelle, montre la présence du tissu fibreux, des cellules fusiformes ressemblant à des fibres musculaires lisses et des cellules étoilées. Diagnostic : fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin. Application d'une ligature élastique sur le pédicule de la tumeur qui se détache au 5e jour. Guérison. A. B.

Cancroïde de la vulve et de la portion antérieure du vagin: Nymphotomie, résection uréthro-vaginale. (Cancroide della vulva e porzione anteriore della vagina. Ninfotemia, resezione uretro vaginale, par DECIO. *Annali di ostet. e ginec.* Milano, fev. 1890, p. 107.

Vaste tumeur ayant envahi tout le vestibule, le clitoris, le méat urinaire, les 2/3 supérieurs de la grande et petite lèvre et la partie antérieure du vagin. Dans le cours de l'opération l'opérateur dut enlever une partie de l'urèthre ; l'hémostase fut assez laborieuse. Guérison momentanée parfaite.

P. MAUCLAIRE.

Un cas de sarcome primitif du vagin. (Ein Fall von primären Scheidensarkome), G. KALUSTOW. *Arch. f. gyn.* Bd 40, Hft 3, p. 499.

Femme âgée de 23 ans, réglée à 15 ans (menstruation toujours

régulière, facile), mariée à 17 ans, ayant eu 4 grossesses, dont 2 fausses couches, et 2 accouchements spontanés, à terme. Suites de couches toujours normales. Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents héréditaires spéciaux, pas d'alcoolisme, de syphilis, de tuberculose. Un an environ avant son entrée à l'hôpital, après une époque menstruelle, venue à la date voulue, les règles se continuèrent 8 semaines. Puis, un peu plus tard, s'établit un écoulement sanguin, continu, tantôt modéré, tantôt abondant, avec expulsion de caillots. Quelques mois après, la femme constatait une tumeur, qui faisait saillie hors du vagin. *Examen à l'hôpital :* ossature extrêmement forte, tissu adipeux bien développé, peau et muqueuses pâles. Pouls très précipité et petit. Langue nette mais sèche. Peau chaude. A l'entrée du vagin, un gros caillot et dans le vagin un tampon d'ouate ; le vagin dégagé, survint une violente hémorrhagie dont le foyer était une masse sphacélée, située sur la paroi antérieure du vagin. Cette hémorrhagie faillit emporter la malade. *Nouvel examen quelques jours après.* Sur la paroi antérieure du vagin se voyait une eschare solide, sèche, gris noirâtre, de forme quadrangulaire, commençant à environ 1 cent. en arrière du méat urinaire, se prolongeant en haut jusque dans le cul-de-sac antérieur, et occupant toute la largeur de la paroi antérieure. Par ses bords unis, saillants, elle tranchait vigoureusement sur les tissus voisins dont elle était séparée par un sillon profond, linéaire ; surface de l'eschare sillonnée de fissures longitudinales et transversales. Des bords et des fissures de l'eschare s'écoulait un liquide fétide. Le reste de la muqueuse avait l'aspect normal, et ne présentait aucune trace d'inflammation. Utérus un peu gros, non douloureux et tout à fait mobile, portion vaginale œdémateuse. Paramétrium et périmétrium sains, également les autres régions des organes génitaux. Fonction vésicale normale, mais urine parfois sanguinolente. Selles régulières. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. Au cœur, souffle anémique. Appétit modéré, soif exagérée. Sommeil bon. La femme n'accuse pas de douleurs. Fièvre septique continue, le matin température 37°,8-39°,2, le soir 38°-39°,8.

Au début, il se détacha de l'eschare de petits fragments noirâtres, puis de plus gros, jusqu'à ce qu'enfin l'eschare se détachât en totalité, phénomènes qui se compliquèrent à deux reprises d'hémorrhagies violentes. Au-dessous de l'eschare, apparut la

paroi vaginale antérieure, saine, à surface régulière, sauf sur la ligne médiane où resta une fente linéaire, qui semblait la partager en deux. La fente paraissait avoir la longueur de l'eschare, la même profondeur, et présentait des bords presque à pic. Son fond, constitué par ce qui restait du septum vésico-vaginal, était lisse et jaune clair. Les bords et les parois de la solution de continuité ne présentaient pas de granulations, mais une masse gris-rouge, granuleuse et sèche.

De cet examen il semblait résulter : *que la masse sphacélée était une tumeur maligne, ou le résultat de la fusion de plusieurs tumeurs. Le néoplasme, quel qu'ait été son mode de formation, paraissait partir du tissu connectif de la paroi vésico-vaginale, en sorte que la muqueuse, une fois perforée, paraît étroitement l'enserrer comme un pédicule. D'autre part, cette interprétation explique le peu d'étendue de la fente en comparaison des dimensions de l'eschare.*

En même temps que se produisit la chute de l'eschare apparurent 2 tumeurs métastatiques, l'une, de la grosseur d'une noisette, au niveau de la fesse gauche, l'autre un peu plus petite, au niveau de la face externe du fémur droit. Elles étaient dures, non douloureuses à la pression, et situées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces tumeurs grossirent lentement. Utérus et organes voisins restèrent dans l'état primitif.

Quelques jours après la chute de l'eschare, récidive du néoplasme au niveau de la fente persistante, sous la forme de tumeurs sphériques isolées, de coloration rouge sombre, extrêmement molles et très mobiles, assez semblables à des varices, qui peu à peu grossirent (volume d'une cerise à une noix) et commencèrent à s'ulcérer. Peu à peu, l'ulcération fit des progrès ; la fonction urinaire se troubla, il survint des envies fréquentes d'uriner, la miction devint douloureuse, etc. ; toutefois, il ne se produisit pas de fistule vésico-vaginale. A certains moments, on constata une induration dans le paramétrium droit et la femme mourut dans le marasme. *La première manifestation du processus pathologique* (menstruation prolongée durant 4 semaines) *s'était produite six mois environ avant l'issue fatale.*

De l'*examen microscopique*, aussi bien de fragments du tissu néoplasique du vagin que des deux tumeurs métastatiques (à la fesse, et au niveau de la cuisse), l'auteur conclut qu'il s'est trouvé

en présence d'un *sarcome télangiectasique ou angiomateux, hémorrhagique.*

R. L

II. — INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. MALADIES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

Induration consécutive à la pelvi-cellulite chez la femme ; son traitement par le galvanisme. (Induration following pelvic cellulitis in the female and its treatment by galvanism.), par EDWARD SANDERS, de New York. *Amer. J. of. Obst.*, mars 1892, p. 289.

L'auteur fonde ses conclusions sur 200 cas, sur lesquels 9 seulement présentèrent une prompte résolution ; 25 malades ont été perdues de vue. Il en reste donc 166 qui ont passé à l'état chronique, 20 de ces cas étaient des abcès pelviens ; 1, une tumeur kystique ; 18, des épaississements avec raccourcissement des ligaments larges ; 127 se sont terminés par ce qu'on est convenu d'appeler l'induration.

Sanders s'est servi d'un appareil constitué par 60 piles, Axo-Léclanché, dont on peut à volonté réunir un nombre quelconque dans le courant.

L'électrode extérieure est en argile ou en feutre, soutenue par une plaque de fer-blanc ou de plomb ; au moment de l'appliquer, on la chauffe légèrement.

L'électrode interne est mousse, Sanders croyant que la ponction présente quelque danger. Lorsqu'elle correspond au pôle négatif, l'électrode est faite de cuivre nickelé, et de charbon recouvert d'argile si elle communique avec le pôle positif.

Le rhéostat est fait de graphite pulvérisé, mélangé à de la pierre de savon.

Le pôle positif étant *calmant*, c'est celui que Sanders place à l'intérieur lorsqu'il cherche à agir contre la douleur ; s'il recherche l'absorption de produits inflammatoires, il applique le pôle négatif, qui est *dispersant* (fondant).

Sanders place rarement une électrode dans l'utérus ; la méthode intra-vaginale étant moins douloureuse, et permettant l'emploi des courants plus forts.

Il fait varier, suivant les cas, la force du courant, entre 75, et 150 milliampères.

La durée de l'application est en général en raison inverse de la face du courant et varie ainsi de 8 à 3 minutes.

Après la séance, le vagin est lavé avec une solution antiseptique. Sanders fait 2 ou 3 séances par semaine, et n'en fait pas, pendant les règles.

Dans l'*induration simple*, les résultats sont très favorables ; la douleur surtout disparaît rapidement. Dans ces cas, Sanders n'a jamais été obligé de continuer pendant plus de 5 mois et demi ; il a réussi parfois en 2 semaines.

Sanders donne l'histoire de 5 succès, et il ajoute « aucune « méthode ne m'a donné des succès aussi complets et aussi régu- « liers ».

A. C.

Paquet variqueux du ligament large. (A case of varicose veins of the broad ligament), par Reynolds Wilson. *Medical News*, Philadelphia, 20 juin 1891, t. LVIII, p. 694.

C'est la description de la laparotomie pour ablation des annexes ; les trompes étaient normales, les ovaires kystiques, le droit plus volumineux que le gauche.

Des deux côtés on trouva dans le ligament large un paquet assez volumineux constitué par des veines dilatées et tortueuses sans nodosités. L'auteur pratiqua l'excision après avoir placé une double ligature.

Suivent quelques indications bibliographiques.

P. N.

Sur l'importance de la blennorrhagie comme cause d'inflammation des organes pelviens. (On the importance of gonorrhœa as a cause of inflammation of the pelvic organs), par G. Bantock. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1891, I, 749.

G. Bantock, après un historique intéressant de la question s'élève vigoureusement contre l'assertion de Nœggerath qui prétend que la plupart des inflammations péri-utérines, et que presque tous les cas de stérilité sont dus à la persistance d'une blennorrhagie latente chez la femme ou chez l'homme.

D'après Bantock ce serait là une exagération considérable. Le fait existe, mais il serait en réalité fort rare.

L.-H. Faure.

Métrorrhagies secondaires. (Ueber secondäre Uterusblutungen), par CZEMPIN. *Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 35, p. 1036.

Sous le nom de métrorrhagies secondaires, l'auteur comprend les hémorrhagies atypiques de l'utérus dues à une affection des annexes, la muqueuse utérine restant saine. Ces métrorrhagies sont fréquentes, puisque sur 500 malades de sa clinique, prises au hasard, cette affection a existé 22 fois.

Comme traitement, repos, tamponnement iodoformé du vagin, et hydrastis canadensis 12 jours avant l'apparition des règles.

Abcès pelviens chez la femme. (Cases of pelvic abcess treated by abdominal section), par MAYO ROBSON. *Brit. med. Journ.*, 26 avril 1890, t. I, p. 944).

Ce travail est fondé sur dix observations (dont six rapportées *in extenso*) où la laparotomie a permis d'évacuer et de guérir définitivement des abcès pelviens. Les résultats sont d'autant plus encourageants qu'il s'agit la plupart du temps de cas graves. Deux fois, l'abcès se vidait depuis six ans dans le rectum ; un autre avait ulcéré l'uretère et il avait fallu commencer par la néphrectomie. Trois fois au moins la péritonite était sûrement tuberculeuse.

A. B.

Traitement de l'inflammation pelvienne. (How shall we do with our cases of pelvie inflammation ?), par R. B. MAURY, de Memphis. *Am. J. of Obst.* janv. 1891, p. 1).

L'auteur cite d'abord avec éloge le mémoire de Bernutz, qui date de 1862, où celui-ci démontre que ces affections ne sont pas des inflammations du tissu cellulaire pelvien, mais le résultat d'une péritonite pelvienne. La salpingite était le trait constant reconnu à l'autopsie.

Dans ces dernières années, Tait a fait la même démonstration et guéri les malades en faisant l'ablation des trompes enflammées. Il a prouvé aussi que la pelvi-cellulite est rare.

Maury passe aussi en revue les mémoires de Polk, de Coe, de M. Duncan, de Grisolle, de Valleix, de Gallard, de Marchal (de Calvi), de Price, etc.

Maury cite deux cas personnels, dans lesquels les malades ont été guéries par l'ablation, ou le détachement des trompes malades. Puis il donne un extrait des registres du Woman's Hospital de New-York, dans lequel, en prenant le service, le médecin

témoigne sa surprise de trouver 30 malades affectées de pelvi-cellulite et soumises à un traitement par les douches, le curettage, l'iode, l'électricité. Il les opéra toutes avec succès.

L'auteur conclut qu'il faut rayer de la nomenclature médicale, le mot cellulite en dehors des cas d'inflammation venant à la suite d'un accouchement.

Le traitement banal non opératoire, a souvent bon effet sur les affections inflammatoires; mais son action est nulle sur les trompes.

Lorsque la péritonite récidive, il est fort probable qu'il existe une *fuite* dans la trompe. Dans ce cas, si une vigoureuse purgation saline n'amène pas promptement une grande amélioration, il faut opérer.

Maury n'a rien obtenu du traitement électrique dans les inflammations pelviennes. Quant à l'*aspiration*, il croit qu'elle ne peut avoir aucun effet utile. A. C.

Périmétrites et reliquats de périmétrites. Pelvi-péritonites. (Perimetrite e suoi reliquati, pelvie-péritonite), par Decio. *Annali di Ost. e Ginec.*, sept. 1890, p. 532.

Les différentes causes dans les cas observés furent des traumatismes, l'abus du coït, la blennorrhagie et la puerpéralité; l'ablation des annexes fut suivis de succès dans deux cas; chez une autre malade la guérison survint après une ouverture spontanée dans le rectum. Les autres malades guérirent avec des antiphlogistiques et des résolutifs appliqués sur la paroi abdominale. P. M.

Paramétrites (Parametriti). *Ibidem*, p. 526.

Decio appelle ainsi l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal de l'excavation pelvienne. Sur 53 observations, la lésion siégeait, 25 fois à gauche, 9 fois à droite, 17 fois en arrière, 3 fois en avant, et chez cinq malades on pouvait la considérer comme totale. La cause est presque toujours la puerpéralité. De simples traitements antiphlogistiques au début, puis des résolutifs (iodure l'intérieur) donnent souvent de bons résultats. L'électrisation a donné aussi quelques succès. Finalement, quand ces méthodes de traitement étaient insuffisantes, on eut recours à l'incision soit abdominale, soit vaginale même avant que la fluctuation fût distincte.

P. Mauclaire.

Des modifications des trompes et des ovaires pendant la grossesse et les suites de couches. (Ueber Veränderungen der Tuben und Ovarien in der Schwangerschaft und in Puerperium), H. THOMPSON. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd XVIII, Hft 1, p. 31.

Des recherches faites sur des lapines en état de vacuité et en état de gestation, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1) les trompes subissent pendant la grossesse et les suites de couches des altérations anatomiques profondes. Durant la grossesse, le tissu conjonctif a une vascularisation plus abondante ; il est plus œdémateux et sa masse paraît plus considérable. La musculeuse s'hypertrophie comme la musculeuse de l'utérus, mais à un moindre degré. Pendant les suites de couches, ces altérations rétrocèdent peu à peu, les cellules musculaires subissent un processus de régression ; 2) durant la grossesse, le puerperium, les ovaires ne subissent pas, quant à leur structure, d'altérations appréciables.

R. L.

Analyse clinique et microscopique de vingt-cinq ovaires, spécialement au point de vue de l'hématome. (Clinical and microscopical analysis of twenty-five extirpated ovaries, with special reference to hematoma), par FRANCIS FOERSTER, de New York. *Am. J. of Obst.* mai 1892, p. 577.

L'auteur croit que ce qu'on a nommé corps jaune est un endothéliome, toujours pathologique lorsqu'il tend à l'hématome ; le corps jaune physiologique ou endothéliome de la grossesse est l'unique exception. Les corps blancs (1), les gyromes ne sont pas toujours le stade final des corps jaunes ; sous l'influence de l'oophorite chronique, ils peuvent représenter le stade initial de l'endothéliome. Foerster partage l'opinion de M. D. Jones, qui dit que la plupart des hématomes ovariques sont la niche d'un endothéliome, du sang sorti de l'endothéliome se ramassant dans sa cavité. L'existence de fibrine signalée au centre de l'endothéliome est un fait encore obscur, que l'auteur espère éclairer par des recherches ultérieures.

Dans ses 25 cas, il a trouvé la preuve de ce qu'il avance.

---

(1) Il semble, d'après le contexte que Foerster désigne par ces mots la cicatrice que laisse le corps jaune après sa disparition quoique, d'après les dictionnaires, ces mots désignent deux corps situés à la base du cerveau.

A. CORDES.

Puis il donne 8 figures, montrant l'aspect au microscope des ovaires enlevés à cause des douleurs éprouvées par les malades. Les lésions sont rarement reconnaissables à l'œil nu.

A. C.

Résultats de l'oophorectomie dans l'hystéro-épilepsie (My experience of oophorectomy for the cure of hystero-epilepsy), par MUNDE de New-York, *Am. J. of Obst*; avril 1892, p. 454.

Munde ne parle que des convulsions qui se produisent aux époques menstruelles et semblent être sous la dépendance de l'ovulation et de la menstruation.

Il a fait 5 fois l'oophorectomie pour des cas de ce genre.

Dans le 1er cas la malade a été améliorée en ce qui concerne l'hystéro-épilepsie, mais l'opération n'a eu aucun effet sur son état mental.

Les 4 autres cas sont des succès.

Munde s'exprime très prudemment au sujet de l'indication d'opérer après l'insuccès des autres traitements.

A. C.

Quarante cas d'excision et d'extirpation des annexes de l'utérus (Vierzig Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter), A. ROSTHORN. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, Hft 3, p. 338.

40 cas d'extirpation des annexes malades servent de base à ce travail. Deux de ces opérations ont été faites par Breisky, les autres par ses assistants Lihotzki et Rosthorn. C'est parce que ce mode d'intervention est resté longtemps sans avoir de partisans en Autriche, que Rosthorn a utilisé ces 40 cas pour un travail d'ensemble, dans lequel il fait une étude relativement complète des maladies des annexes : étiologie (très partisan des idées de Noggerath, il accorde une part étiologique importante à la gonorrhée) ; marche de la maladie, symptômes ; diagnostic ; anatomie pathologique; traitement technique opératoire (dans tous les cas (11) où l'utérus a été trouvé en rétrodéviation, on a fait suivre l'extirpation des annexes de l'hystéropexie, *Résultats* : 1) la guérison complète, idéale, avec suppression de toutes les douleurs a été obtenue 20 fois.

2) 13 fois, le résultat a été extrêmement favorable, mais non

idéal. C'est-à-dire que les femmes ont accusé plus tard un certain nombre de malaises, imputables à une ménopause prématurée (troubles associés au molimen menstruel, douleurs légères localisées dans la région sacrée, dyspepsie passagère, écoulement rebelle).

3) 1 fois, guérison seulement transitoire. Au bout de 2 mois, tous les symptômes morbides avaient reparu.

4) Dans 2 cas la formation d'exsudats étendus compromit momentanément le succès.

5) Echec complet 1 fois ; pourtant les accidents s'amendèrent, avec le temps, d'une façon notable.

6) 2 cas de mort par péritonite par perforation.

Résultat immédiat. — D'une manière générale, il fut excellent, Les douleurs furent supprimées et toute une série de phénomènes hystériques, de l'espèce la plus grave (affections gastriques datant de plusieurs années, troubles accusés de l'étatgénéral) furent comme coupés au couteau. *Guérison définitive,* obtenue dans la moitié des cas. *Menstruation.* Chez aucune des femmes qui subirent la castration bilatérale, complète, les règles ne se montrèrent consécutivement. Par contre, la menstruation se rétablit d'une manière générale, chez celle où l'on n'avait pratiqué que la castration unilatérale ou qu'une résection partielle des ovaires. *Hystéropexie.* Les résultats furent excellents. La matrice conserva son attitude d'antéversion et récupera peu à peu une mobilité sufisante. En aucun cas, il ne fut accusé de douleurs, pas même du côté de la vessie (aussi l'auteur estime-t-il que l'hystéropexie est le complément obligé de l'extirpation des annexes toutes les fois que l'utérus est rétrodévié). *Traitement post-opératoire.* Les pessaires sont dangereux immédiatement après l'opération. Ils sont de nature à produire une inflammation du péri et paramétrium, plus disposés à s'enflammer, après la laparotomie. Mieux vaut, à ce moment, amener la réduction de l'utérus au moyen de tampons assez volumineux, auxquels plus tard, quand toute trace de sensibilité exagérée des tissus aura disparu, il sera loisible de substituer les pessaires. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIERES CONTENUES DANS LE TOME XXXVII

Janvier à Juin 1892.

A

Accommodation en obstétrique (De l'—), 42, 122.
Accouchement (V. *Inflammations péri-utérines, Front, Face*).
Accouchement (Du mécanisme de l'— dans les présentations du front), 161.
Accouchement gémellaire artificiel (Cas d'—), 450.
Accouchement prématuré (Étude sur les principales méthodes de provocation de l'—), 15.
Adhérences péritonéales après la laparotomie, 48.
Albuminurie gravidique, 290, 365.
Anesthésie mixte (Nouveau procédé d'—), 449.
Appareils à stérilisation ; quelques considérations sur la désinfection dans les cliniques, 47.
Avortement (V. *Infection puerpérale*), 106.
Avortement (2 cas d'— manqué), 62.
Avortement provoqué pour affection cardiaque grave, 212.

C

Chirurgie abdominale (V. *Grossesse masquée*), 47, 61.
Curettage de l'utérus (Du —), 159.

D

Dermatol (Du — en gynécologie), 226, 227.

E

Eclampsie gravidique, 291.
Elythrotomie exploratrice, 203.
Épanchements sanguins intra-péritonéaux (Des —), 56.
Ergot de seigle (De l'emploi de l' —), 367.

F

Face (Présentation de la —), 449.
Fièvre puerpérale (Du méphitisme de l'air comme cause de —), 285.
Fistules vésico-vaginales (De la voie ischio-rectale pour aborder les — difficilement accessibles), 345.
Forceps (Du —), 396.
Front (Présentation du —, mécanisme de l'accouchement), 161.

G

Grossesse (V. *Albuminurie, Éclampsie, Traumatisme, Pneumonie, Inflammations péri-utérines*).

Grossesse compliquée de corps fibreux de l'utérus, de cancer, de kystes de l'ovaire, 229, 232, 233, 236.
Grossesse extra-utérine (De la —). V. *Hématome*, 132, 336, 374.
Grossesse masquée (Rapports de la — avec la chirurgie abdominale), 61, 237.

H

Hématocèle (De l'—). (V. *Épanchements sanguins, etc.*), 56, 377.
Hématome de la trompe par grossesse tubaire, 151.
Hémorrhagies des organes génitaux externes, 452.
Hydrastine (De l'—, etc.), 227, 228.
Hydronéphrose intermittente (De l'—) 158.
Hystérectomie (V. *Vulve, Pédicule, Ligature élastique, Suppurations pelviennes*), 38, 42, 43, 65, 322.

I

Index bibliographique trimestriel, 70, 304.
Infection puerpérale consécutive à un avortement, etc., 106.
Infection puerpérale consécutive à la rétention d'un fœtus putréfié, 451.
Inflammations péri-utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement, 123.
Inflammations péri-utérines, 465.
Injections intra-utérines *post partum* (De la mort subite pendant les —), 352.
Inversion de l'utérus par traction sur le cordon, 69.
Irrigation continue (De l'—), 43.

L

Lait (Passage des médicaments dans le —), 68.
Laminaire (Notes sur un mode de préparation antiseptique des tiges de —, et des éponges dilatatrices), 127.
Laparotomie (V. *Asepsie, Adhérences péritonéales, Grossesse extra-utérine, Occlusion intestinale, Rétroflexion, Péritonite*), 47, 51, 53, 54, 63, 341.
Ligaments larges (fibro-myômes des —), 342.
Ligature élastique (De la —), 67.

M

Malformations congénitales, bec-de-lièvre, 376.
Malformations génitales, 350.
Massage (Du — en gynécologie), 222.

N

Névroses (De l'état anatomique des ovaires dans les névroses), 53.

O

Occlusion intestinale (de l'—), 205.
Opération césarienne, 210, 211, 230, 238, 239.
Ovaires (V. *Névroses*), 53.
— (De la torsion du pédicule dans les kystes de l'—), 351.
— (kystes de l'—), (V. *Grossesse*).

P

Pédicule (Traitement du —), 65, 67, 348.
Périnéorrhaphie (Procédé de —), 457.
Péritonite aiguë (Laparatomie pour —), 341.
Péritonite tuberculeuse, 375.

Placenta (Cas de dégénérescence graisseuse du —), 448.
Placenta (Cas d'ectasie de la veine ombilicale au niveau du —), 448.
Placenta prævia (cas de —, avec adhérences anormales par dégénérescence calcaire), 215.
Pneumonie et grossesse, 370.

R

Rétrodéviations utérines (Des méthodes de traitement de Schultze contre les —), 110.
Rétroflexion de l'utérus (Traitement de la — par la laparotomie), 288.
Rupture spontanée des membranes pendant la grossesse, 122.

S

Salpingite (V. *Trompes de Fallope* Hématome), 95.
Septicémie puerpérale, 106, 451, 452.
Septicémie puerpérale (Du traitement de la — par la provocation de phlegmons sous-cutanés), 356.
Société obstétricale de France, 303, 352.
Sonde intra-utérine, 43.
Stérilisateur (Nouveau —), 333.
Suppurations pelviennes (De l'hystérectomie vaginale par section de l'utérus dans le traitement des —), 321, 325.
Symphyséotomie (De la —), 2, 81. 241, 362.
Syphilis et grossesse (Influence des mères syphilitiques sur la santé des nouveau-nés), 251.

T

Tératologie (Cas de —), 213.
Thérapeutique gynécologique (V. *Traitement électrique, Massage, Dermatol, Hydrastine*), 215.
Traitement électrique en gynécologie, 215.
Traumatisme et grossesse, 229.
Trompe de Fallope (Pathologie de la —), 97, 377.

U

Utérus (V. *Inversion, Hystérectomie, Pédicule, Ligature élastique, Rétrodéviation, Curettage, Ventrofixation, Traitement électrique*).
Utérus malformé (Hernie inguinale de l'—), 344.

V

Vagin (Corps étrangers du —), 458.
— (Cicatrices multiples du —), 458.
— (Emphysème du —), 460.
— (Oblitération du —), 458.
— (Rupture du —), 458.
— (Sarcome du —), 462.
— (Tumeurs du —), 462.
Ventrofixation de l'utérus prolabé, 194.
Vulve (Du débridement de la — comme opération préliminaire), 43.
— (Du lupus de la —), 455.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXVII

Janvier à Juin 1892.

MÉMOIRES ORIGINAUX

BUMM. Recherches histologiques sur l'endométrite puerpérale, 440.

DÉLAISSEMENT. Grossesse extra-utérine. Laparotomie pratiquée 5 mois après la mort du fœtus à terme. Guérison, 336.

ENGSTROM (OTTO). De la ventrofixation de l'utérus prolabé, 194.

ETIENNE. Contribution à l'étude de l'influence du traitement des mères syphilitiques, surtout pendant la grossesse, sur la santé des nouveau-nés, 251.

HARTMANN et ALDIBERT. La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse de l'enfant, 406.

MALLY. Un nouveau stérilisateur, 333.

MORE MADDEN. Des maladies des trompes de Fallope et de leur traitement, 95.

MORIZANNI. De la symphyséotomie. 241.

OUI. Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré, 15.

PÉAN. De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe, 402.

PINARD. De la symphyséotomie, 81.

POLOSSON. Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front, 161.

QUÉNU. De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes, 321.

ROUTIER. Du traitement des suppurations pelviennes, 325.

SPINELLI. Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à l'école obstétricale de Naples, 2.

REVUE CLINIQUE

HARTMANN. Infection puerpérale consécutive à un avortement. Rétention de débris placentaires; infection à forme diphtéroïde. Irrigation continue, guérison, 106.

REVUE GÉNÉRALE

LABUSQUIÈRE. Des méthodes de traitement de Schultze contre les rétrodéviations de l'utérus, 110.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Sixième congrès français de chirurgie, 341.
Société obstétricale de France, 303, 352.
Académie de médecine, 284.
Société de chirurgie, 38, 203.
Société obstétricale et gynécologique de Paris, 42, 122, 214, 288, 448.

REVUE ANALYTIQUE

Affections du rein, albuminurie, éclampsie, 290.
Chirurgie abdominale, 47.
De la grossesse extra-utérine, 132.
Forceps, 397.
Inflammations péri-utérines, pathologie de la trompe et de l'ovaire, 465.
Organes génitaux externes, 452.
Pathologie de la trompe et hématocèle, 377.
Thérapeutique gynécologique, 215.
Traumatisme et grossesse, 229.

BIBLIOGRAPHIE

Beitrage zur intrauterine Therapie. MACKENRODT.
Contribution à l'étude de l'inversion utérine par traction sur le cordon. BELIN, 69.
De l'hydronéphrose intermittente. F. TERRIER et M. BAUDOUIN, 158.
Di alcune laparatomie. A. TURETTA.
Die Mechanik and Therapie des Uterus und Scheidengevölberisse. FREUND.
Du curettage de l'utérus. BERLIN, 159.
Du traitement général de la septicémie puerpérale, etc. A. LORENZ, 70.
Splenectomia per milza mobile ipertrofica. TURETTA.
Topographie et examen clinique du bassin chez la femme. BONNAIRE, 400.
Trois observations d'hydrorrhée déciduale. BONNAIRE, 400.
Ueber die vaginale Enukleation der Uterusmyome. R. CROBAK.
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE, 70, 304

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

115/2

N3799

3 2044 081 511 016